



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS E POLÍTICAS  
UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA**



**Competição interprofissional entre médicos e farmacêuticos: o  
caso da jurisdição sobre a prescrição de medicamentos**

**Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Sociologia das Organizações e do Trabalho**

Mestranda Patrícia Isabel Morgado de Almeida  
Orientadora Professora Doutora Maria de Lurdes Fonseca

Abril 2011

## **Agradecimentos**

À Professora Maria de Lurdes Fonseca, por ter aceite a orientação desta tese e pela forma como me orientou e acompanhou.

À Professora Maria Engrácia Cardim, pela disponibilidade dos primeiros tempos.

Aos restantes Professores do Mestrado em Sociologia das Organizações e do Trabalho do ISCSP, por incentivarem e valorizarem os seus alunos.

Aos colegas de turma Domingos Sérgio, Nádja Guilherme e Cristina Rodrigues.

## **ÍNDICE**

## **A – DO ESTUDO SOCIOLÓGICO DA PROFISSÃO AO ESTUDO DAS PROFISSÕES DE MÉDICO E FARMACÊUTICO.**

### **Introdução.**

A Sociologia é o estudo da vida social humana, grupos e sociedades. O seu objecto de estudo é pois o nosso próprio comportamento enquanto seres sociais sendo a sua esfera de acção extremamente abrangente. A Sociologia poderá ainda ser definida como o estudo sistemático das sociedades humanas, dando ênfase especial aos sistemas modernos, industrializados; surgiu como uma tentativa para compreender as mudanças radicais que ocorreram nas sociedades na transição do século XVIII para o século XIX e não abandonou desde aí este intuito (Giddens, 2007:2).

Entre os fundadores da Sociologia, quatro figuras são particularmente importantes: Auguste Comte (positivismo), Karl Marx (concepção materialista da história), Émile Durkheim (estudo dos factos sociais) e Max Weber (ideia de tipo ideal – modelos conceptuais ou analíticos que podem ser usados para compreender o mundo) (Giddens, 2007:19).

De entre as abordagens teóricas clássicas da Sociologia destacam-se o funcionalismo (Comte e Durkheim), a perspectiva do conflito (Marx) e dentro das perspectivas da acção social as teorias da acção social (Weber) e o interaccionismo simbólico (Mead) (Giddens, 2007:16).

O funcionalismo defende que a sociedade é um sistema complexo cujas partes se conjugam para garantir estabilidade e solidariedade, devendo assim a Sociologia, enquanto disciplina, investigar o relacionamento das partes da sociedade entre si e para com a sociedade enquanto um todo.

As teorias do conflito sublinham a importância das estruturas da sociedade e defendem um modelo abrangente para explicar a forma como a sociedade funciona. Sublinham a importância das divisões da sociedade, centrando a sua análise em questões de poder, na desigualdade e na luta. Tendem a ver a sociedade como algo que é composto por diferentes grupos que lutam pelos próprios interesses.

As teorias da acção social dão atenção ao papel desempenhado pela acção e pela interacção dos membros da sociedade na formação das estruturas que sustentam a sociedade e influenciam o comportamento humano. Aqui, o papel da Sociologia é visto como sendo mais o da procura do significado da acção e da interacção social, do que o da explicação das forças externas aos indivíduos que os compelem a agir da forma que agem. As teorias da acção social centram-se na análise da maneira como os actores sociais se comportam uns com os outros e para com a sociedade.

O interaccionismo simbólico dirige a sua atenção para os detalhes da interacção interpessoal, e para

a forma como esses detalhes são usados para conferir sentido ao que os outros dizem e fazem, realçando a importância dessas interações na criação da sociedade e das suas instituições.

### O tema da Dissertação.

O presente trabalho irá desenvolver a sua análise no âmbito da sociologia das profissões, cuja evolução será apresentada de seguida, e pretende perceber a problemática gerada em torno da competição pela jurisdição da prescrição de medicamentos e da “luta” travada entre médicos e farmacêuticos, na sociedade portuguesa, incidindo particularmente no período entre 2007 e o presente ano de 2011.

A escolha deste tema prendeu-se com o facto de a autora lidar diariamente com este problema, ao exercer a sua actividade profissional enquanto Delegada de Informação Médica de um Laboratório que não comercializa genéricos. Ora é frequente ouvir queixas de médicos que prescreveram determinada substância activa a um doente e que relatam que quando este regressa, verificam que aquilo que lhe foi “aviado” na farmácia nada tem a ver como o que prescreveram, nem em marca comercial nem mesmo, muitas vezes, em princípio activo.

Por outro lado, aquando da visita às farmácias, é frequente ouvir, não menos vezes, que é o farmacêutico que mais próximo está do doente, que muitas vezes o conhece há mais anos que o médico e sendo em quem o doente confia e a quem pede conselhos, o único que sabe de facto o que é melhor para o doente. Raras são as vezes em que admitem trocar princípios activos.

Estas questões levaram-me então a querer estudar um pouco mais a competição pela prescrição de medicamentos e daí ter surgido esta tese.

Imagem 1: *Cartoon “Genéricos”.*



Fonte: <http://www.google.com/imagens/genericos>, consultado em 15 de Março de 2011

### **Organização da Dissertação.**

Esta dissertação contará com uma primeira parte onde no ponto 1 se sumulará o estado da arte no que respeita ao estudo sociológico das profissões, apresentando assim o enquadramento teórico e metodológico onde se insere o tema, com uma passagem pelas teses clássicas e pela evolução da sociologia das profissões em Portugal. No ponto 2 será explorada a teoria de Andrew Abbott, teoria que servirá de base ao desenvolvimento deste trabalho e que portanto foi desenvolvida mais ao pormenor em comparação com as restantes teorias. Por fim, no ponto 3 será apresentada a evolução histórica e sociológica das profissões de médico e farmacêutico.

Uma segunda parte diz respeito à análise de conteúdo de artigos, revistas e comunicados de imprensa da Associação Nacional de Farmácias, da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Farmacêuticos, à análise estratégica dos movimentos de competição interprofissional, e à apresentação das conclusões da análise realizada.

## 1.1 A fundação e as teses clássicas.

O estudo das profissões apenas é abordado de forma sistemática na sociologia a partir da metade do século XX, sendo que desde os anos trinta, no quadro da análise sociológica das profissões, se assiste à reconstrução continuada de quadros teórico-metodológicos sobre o fenómeno profissional com pontos de contacto entre si, sendo possível fazer uma divisão por fases com fronteiras temporais do percurso histórico da análise sociológica das profissões: *“uma primeira que engloba a definição do campo de análise, por via do predomínio das teses funcionalistas, mas também do contributo dos interaccionistas simbólicos, e que ocorreu entre os anos trinta e os anos sessenta do século passado; uma segunda, de crítica às teses funcionalistas e de emergência das teses revisionistas até aos finais dos anos setenta; uma terceira, na década seguinte, de sedimentação da diversidade de quadros teórico-metodológicos, ampliando perspectivas desenvolvidas na fase anterior, colocando-se, por exemplo, a ênfase analítica no poder e monopólios profissionais e numa abordagem sistémica das profissões; uma quarta fase, que vem ocorrendo nos últimos quinze anos em que ganham destaque quer a abordagem comparativa dos fenómenos profissionais, quer o incremento da produção sociológica na Europa continental, quer ainda a emergência e novas problemáticas teóricas (permeando as duas anteriores)”* (Gonçalves, 2007:178).

A tabela abaixo que propomos sistematiza as quatro fases (Gonçalves, 2007) do percurso histórico da análise sociológica das profissões, através dos principais autores:

Tabela 1: Principais fases de evolução da Sociologia das Profissões.

<b>Fases do percurso historico da análise sociológica das profissões</b>	
<b>1ª fase</b>	Entre os anos 30 e 60 do séc. passado: Funcionalistas e interaccionistas Carr-Saunders; Wilson; Goode; Barber; Greenwood; Parsons; Merton; Hughes; etc..
<b>2ª fase</b>	Até finais dos anos 70: Revisionistas Johnson; Chapoulie; Roth, Gyaramati; Freidson; Larson; etc..
<b>3ª fase</b>	Anos 80: Teórico-metodológicos Abbott; Macdonald; Ritzer; etc..
<b>4ª fase</b>	Desde os anos 90: Abordagem comparativa e aumento da produção sociológica Lucas; Dubar; Tripier; Butera, Prandstraller; Menger; etc..

(baseado em Gonçalves, 2007:1977, 1978)

## 1.2 Diversificação paradigmática na Sociologia das Profissões.

### Contributos Funcionalistas.

Carr-Saunders e Wilson (1933) apresentaram uma definição de profissão que ainda nos dias de hoje é bastante citada: *“dizemos que uma profissão emerge quando um número específico de pessoas começa a praticar uma técnica definida, fundada sobre uma formação específica”* (cit. Fonseca, 2007: 20), destacando que esse processo de emergência se chamaria profissionalização, e dando ênfase pela primeira vez ao papel central que a formação específica prolongada teria na distinção entre profissão e ocupação.

Os autores defendiam que as profissões possuíam cinco características essenciais: teoria sistemática, autoridade, sancionamento comunitário, código ético e cultura própria (Carr-Saunders e Wilson, 1933 cit. Fonseca, 2007:20).

A profissionalização estaria assente no pressuposto de que *“todos os grupos ocupacionais estariam encarregados num processo de progressiva consolidação das características do profissionalismo, que se identificaria com o caminho para o progresso social”* (Fonseca, 2007:21). O grau de desenvolvimento do profissionalismo seria medido através da análise da sua evolução em: *“especialização de serviços, formação/estabilização de clientela e criação de associações profissionais exclusivas”* (Fonseca, 2007:21).

A análise de Talcott Parsons centra-se na relação profissional-cliente que este considera ser o sistema social que corporiza a prática profissional. *“Salienta ser esse relacionamento marcado por uma reciprocidade assimétrica que se consubstancia nos binómios conhecimento vs ignorância e autoridade vs confiança”* (Fonseca, 2007:21). Esta relação (obtida através da análise da profissão médico) estava baseada em três dimensões, constituídas por articulados de normas sociais e valores culturais, que definiriam o papel específico do profissional:

1. saber teórico-prático consubstanciado numa formação académica longa e socialmente sancionada, e suas aplicações;
2. especialização funcional, isto é, legitimidade exclusiva sobre o exercício de uma determinada actividade;
3. orientação altruísta exercida mediante a norma da neutralidade afectiva e do interesse empático face ao cliente (Fonseca, 2007:21).

Era sobre o saber teórico-prático que se concretizaria a relação profissional-cliente e pela especialização funcional que se geraria poder social.

Para Parsons, a profissão baseava-se na intersecção, vista como socialmente benéfica, da eficácia económica e da legitimidade social residindo a sua superioridade na orientação por motivações de índole altruísta (Fonseca, 2007:22).

Goode vê a profissão como uma “comunidade dentro de uma comunidade”, onde existe partilha de



Competição interprofissional entre médicos e farmacêuticos: o caso da jurisdição da prescrição de medicamentos  
identidade, valores, estatuto, linguagens e representações comuns, e como responsável pelo estabelecimento de requisitos de acesso e permanência dos seus membros. Considera ainda, que a *“sociedade concede às profissões autonomia em troca da capacidade de controlo; recompensas e prestígio em troca de competências; monopólio através de licenças em troca das melhores prestações ou serviços”* (Rodrigues, 1997:10).

A sociedade conferiria poder aos profissionais desde que estes se comprometessem a um esforço permanente de aumentar o seu conhecimento técnico-profissional.

Goode caracterizava a operacionalização do conceito de profissão *“através da distinção, na composição de um tipo-ideal profissional, de traços centrais e derivados da profissão. O conhecimento técnico (que estaria na base prática profissional) e a existência de um código ético-valorativo seriam os traços centrais. Já o controlo sobre a prática educacional, a socialização profissional alargada, o controlo estrito das licenças que permitiriam exercer a actividade, os altos rendimentos, o poder e o prestígio elevados, a ausência de mecanismos de controlo externo ao grupo profissional, e a conferência através da prática da actividade de um estatuto para toda a vida, agrupar-se-iam nos traços derivados”* (Fonseca, 2007:23).

Robert Merton elabora uma distinção entre funções manifestas e funções latentes dos grupos profissionais, estando as funções manifestas ligadas à realização altruisticamente orientada de um ideal de serviço, e as funções latentes relacionadas com a reprodução do grupo profissional.

Para Merton a profissão está assente em três premissas essenciais: saber, fazer, ajudar, sendo que saber e fazer consubstanciavam-se na detenção e actualização constante de conhecimentos científicos de índole teórico-prática e ajudar consubstancia a verdadeira distinção das profissões face às restantes ocupações, baseando-se no altruísmo e no fazer mais além do que expressamente solicitado.

Outros autores foram relevantes como é o caso de Maurice ou Chapoulie (revisionistas) que tentaram sintetizar as teorias funcionalistas. Para Maurice as características mais referidas pelos funcionalistas eram: a formação intelectual e o ideal de serviço, ambas decorrentes da especialização do saber (Fonseca, 2007:27). Chapoulie, por sua vez, considerou existir um amplo consenso em torno de um tipo-ideal profissional funcionalista, concretizado pela reunião de traços essenciais e propriedades derivadas da profissão (Fonseca, 2007:27).

Os traços essenciais do tipo-ideal profissional seriam:

- a existência de uma competência específica fundada sobre saberes de cariz científico e técnico;
- a existência de um código de ética necessariamente aceite e colocado em prática pelos membros da comunidade profissional cuja principal função é regular o exercício da actividade (Fonseca, 2007:27).

Já os traços derivados seriam cinco:

- uma formação longa ministrada em escolas especializadas;
- um controlo ético e técnico próximo exercido por pares tidos para tal como competentes;
- a legitimação legal dos modos de controlo social;
- uma efectiva comunidade de membros fundada em identidades e interesses específicos comuns;

- Competição interprofissional entre médicos e farmacêuticos: o caso da jurisdição da prescrição de medicamentos
- a classificação dos profissionais através do prestígio e poder decorrentes da actividade pelo menos num estrato alto da classe média (Fonseca, 2007:28).

### Contributos Interaccionistas.

No âmbito dos contributos interaccionistas, ressalta Everett C. Hughes, que disse terem sido negligenciados pelo funcionalismo a dinâmica dos processos e a comparação sistemática do ideal com o real das práticas profissionais.

Hughes acredita que o conceito de profissão é subjectivo, *“um modelo social e individual de colocam e perante o qual a sociedade categoriza os agrupamentos ocupacionais em termos de status detido e suas decorrências”* (Fonseca, 2007:30).

O trabalho que cada indivíduo desempenha é o elemento central pelo qual ele é julgado e categorizado perante a sociedade; a capacidade que cada trabalhador tem de fazer aumentar o prestígio da sua ocupação, condiciona intimamente as prerrogativas sociais que poderá recolher grupal e individualmente.

Os teóricos interaccionistas acreditam que as profissões não diferem no essencial das ocupações, pelo que a existência de uma Sociologia das Profissões seria redundante, pois a Sociologia do Trabalho e o conceito de divisão social do trabalho bastariam para dar conta da sua explicação.

Hughes, dedica-se a explicar a maneira como a sociedade atribui valores diferentes a determinadas ocupações, e a maneira como essas ocupações são distribuídas aos membros de uma sociedade.

Para o fazer distingue dois conceitos:

- licença, ou seja, a autorização legal do desempenho de certas actividades garantidas por prerrogativas de exclusividade;
- mandato, ou seja, na definição social dos limites da ocupação: definição das suas fronteiras, modo adequado do seu exercício, estabelecimento da obrigatoriedade do seu desempenho em benefício social (Fonseca, 2007:32).

Hughes defende que “cada profissão realiza-se numa “matriz social” onde se jogam interacções de muitos grupos distintos: clientes, colegas, a profissão como um todo, praticantes de ocupações conexas, pessoas relacionadas com a clientela, o Estado e mesmo diversos elementos do público” (Fonseca, 2007:33).

Em contraponto ao funcionalismo, o interaccionismo:

- substitui a pacificação pelo conflito e pela concorrência;
- substitui altruísmo por egoísmo;
- substitui competência por prestígio, ou seja, objectividade por subjectividade (Fonseca, 2007:35).

Os anos 70 e 80 foram bastante produtivos na teorização do profissionalismo.

Três teorias marcaram esta época:

1. Teses de Tendência Profissional (no âmbito das quais se discute o futuro das profissões);
2. Teoria do Poder das Profissões (definição mais profunda do profissionalismo, olhan-se para o funcionamento interno dos agrupamentos profissionais; neste âmbito destacam-se Johnson, Freidson e Larson, autores que iremos explorar a seguir);
3. Teorias de Estratificação do Mercado de Trabalho (explicam o lugar das profissões entre as ocupações, integrando-as de uma forma mais satisfatória e pacífica na Sociologia do Trabalho).

#### Teses do Poder Profissional.

Johnson criticava os clássicos por estes definirem de forma confusa o objecto de estudo da Sociologia das Profissões. Para ele, uma profissão não seria uma ocupação mas sim os meios como se controla essa ocupação (Fonseca, 2007:47).

Considerava que o aparecimento de qualificações ocupacionais especializadas levava a relações de dependência social e económica dos serviços dos outros (a especialização permitia que não fosse preciso que todos dominássemos as mesmas áreas) e a relações de distância social (derivadas da especialização da produção e do que chama a desespecialização do consumo) (Fonseca, 2007:47).

O autor afirma ainda que *“à medida que a especialização cria relacionamentos sistemáticos de interdependência, introduz também potencialidades de autonomia”* (Fonseca, 2007:47).

Johnson defende que as profissões eram apenas ocupações que teriam reunido uma substancial quantidade de recursos de poder, através dos quais impuseram a sua vontade ao nível da relação produtor-consumidor, constituindo um fenómeno peculiar dentro de um sistema genérico baseado no poder detido e capacidade de imposição consequente.

O grau de incerteza das ocupações explicaria por seu turno o atingir ou não da auto-regulação da actividade. Assim, áreas particularmente delicadas da identidade grupal e do *self* do cliente, envolveriam relacionamentos sociais particularmente incertos e tensos. A distância social decorrente conduziria a maior autonomia, em paralelo com o aumento do perigo de exploração e da necessidade de controlo social. As principais profissões decorreriam deste tipo de relacionamento social.

Johnson defendia ainda que os recursos de poder de determinada ocupação, que explicariam todo o seu sistema, seriam à partida determinados pelo peso da contribuição da actividade profissional para a sustentabilidade do modo de produção capitalista. Os diferentes graus de proximidade da ocupação à elite seriam consequentemente essenciais na explicação do privilégio de determinadas ocupações (Fonseca, 2007:48).

Eliot Freidson defende a teoria do profissionalismo e consolida o paradigma do poder das profissões com a sua análise. Magali Larson analisa as profissões fazendo uma síntese das teorias marxistas e weberianas, estudando as profissões como grupos de interesse.

Para Freidson, uma profissão é um tipo de ocupação que se distingue das outras pelo seu conhecimento e competências especializados, ambos necessários para a realização das tarefas num determinado local de trabalho, ou seja, Freidson identifica uma profissão como um princípio ocupacional de organização do trabalho. Para Freidson (1986, 1994), a noção de profissão é sempre uma construção histórica referenciada a contextos particulares. Como o próprio salienta *“I used the word “profession” to refer to an occupation that controls its own work, organized by a special set of institutions sustained in part by a particular ideology of expertise and service”* (Freidson, 1994:10). O conhecimento especializado, tanto formal como abstracto, é fundamental. Esse conhecimento deverá ser adquirido através de uma formação especializada, conseguida através de um curso superior que seria condição fundamental para se ter acesso ao mercado de trabalho.

O autor identifica três factores fundamentais para o poder das profissões: a autonomia, em que o trabalhador decide sobre o seu próprio trabalho, a *expertise*, que é o monopólio do conhecimento abstracto e o *gatekeeping* (credencialismo), que permite o controlo institucionalizado sobre os recursos, podendo as profissões controlar o acesso aos domínios, julgar e solucionar problemas (Gonçalves, 2007:184).

Para Freidson, as profissões detêm o poder, garantido pelo monopólio do conhecimento, pela *expertise* (saber-fazer) e pela autonomia.

Na obra de Freidson sobressai uma premissa fundamental, a profissão é uma forma de organização do mercado de trabalho que assenta em três elementos fundamentais que sustentam o seu poder: *“autonomia técnica por via do controlo da natureza e da forma como é executado o trabalho (neste sentido o profissional é um expert); monopólio de uma área de conhecimento especializado e institucionalizado, o qual sustenta essa autonomia; credencialismo (a forma que assume o “gatekeeping”) que permite o acesso à profissão somente dos que detêm credenciais ocupacionais ou institucionais”* (Gonçalves, 2007: 184).

A profissão não é mais de que uma ocupação com uma posição particular no seio da divisão do trabalho que lhe possibilita controlar, em exclusividade, o seu próprio trabalho. Num texto recente Freidson (2001) avança com a formulação do ideal-tipo de profissionalismo constituído por elementos interdependentes: trabalho especializado assente num corpo teórico, no uso discricionário do conhecimento e das competências pelo profissional; jurisdição exclusiva e uma divisão do trabalho controladas pela profissão; posição de monopólio no mercado baseada em credenciais qualificacionais criadas pela profissão; existência de um programa formal de ensino, ao nível superior, produtor dessas credenciais e controlado pela profissão; existência de uma ideologia que garanta o reconhecimento social do trabalho profissional, da sua eficiência económica e da validade do conhecimento especializado em que assenta.

O autor distingue-se de outros sociólogos críticos das teses funcionalistas, como Johnson ou Larson, por exemplo, entre outros aspectos, por não alinhar numa posição de antagonismo radical face às profissões. Pelo contrário, o autor, defende as virtualidades do profissionalismo nas sociedades capitalistas contemporâneas, reconhecendo, entretanto, os privilégios excessivos auferidos por algumas profissões.

Não deixando de ser polémico, justifica a sua postura com três argumentos (Freidson, 1994): “o *profissionalismo como oposição ao poder administrativo no seio das organizações burocráticas; as profissões são, pela natureza da sua actividade e longa formação escolar, a antítese do trabalho alienado; por último, estas constituem uma forma protectora de organização do mercado de trabalho face à ignorância, à incompetência e, em simultâneo, salvaguardam os interesses dos próprios clientes dos profissionais*” (Gonçalves, 2007:185).

Por outro lado, Magali Larson estuda as profissões como grupos de interesse, fazendo uma síntese das teorias marxistas e weberianas. Para a autora, as profissões têm em comum a ideologia e não o conhecimento ou a autonomia, como para Freidson. Ela concentra a sua análise dos processos de subordinação das profissões pelas grandes e complexas instituições do capitalismo e na forma como a ideologia do profissionalismo pacifica os próprios profissionais. Para a autora, as profissões são ocupações produtoras de serviços especiais. Larson desvaloriza o poder das profissões que é sublinhado por Freidson e este critica-a pois acha que o seu trabalho é extremamente influenciado pelo marxismo e pela teoria clássica do capitalismo (Gonçalves, 2007:183).

A análise de Freidson assenta sobre os pilares autonomia, monopólio do conhecimento e *gatekeeping*, pilares esses que não existem numa sociedade tradicional mas apenas em sociedades burocratizadas. Com Larson só se poderá falar em profissão a partir do desenvolvimento da sociedade capitalista e da sua consequente burocratização, já que ela vê a história das profissões e o seu desenvolvimento como intimamente ligados.

A perspectiva de Larson (1977) assenta fundamentalmente num enfoque diferenciado de Jonhson. Inspirada num esquema teórico baseado numa síntese entre as teses marxistas e weberianas, o interesse dirige-se para a análise do “projecto profissional” de várias profissões em Inglaterra e nos E.U.A. (médicos, advogados e engenheiros) durante o século XIX, articulando-o com o desenvolvimento do capitalismo (Gonçalves, 2007:183).

O “projecto profissional” a que a autora se refere, engloba um processo histórico em que as profissões atingiram um monopólio legal sobre certas actividades de serviços, criando mercados de profissionais específicos (fechados a não profissionais), obtendo do Estado o reconhecimento legal e a protecção para as actividades dos respectivos profissionais e, obtendo, assim, privilégios acrescidos em termos materiais e simbólicos (Gonçalves, 2007:183).

Este monopólio também se estende a uma área do conhecimento (estabelecendo-se a “exclusividade cognitiva” a favor de uma profissão) e às qualificações profissionais específicas ao grupo, indispensáveis para o exercício das actividades, qualificações essas ensinadas nas universidades e legitimadas socialmente por credenciais específicas.

Ao mesmo tempo, “*subsiste um processo histórico de mobilidade social, individual e colectivo, dos profissionais que lhes possibilita o acesso a posições marcadas por um estatuto social elevado. O monopólio de um mercado de serviços profissionais e o fechamento cultural por parte de um grupo*”

Competição interprofissional entre médicos e farmacêuticos: o caso da jurisdição da prescrição de medicamentos *profissional conduz ao seu fechamento social* (“*social closure*” - *conceito retomado de Weber*). *Este fechamento é o objectivo primeiro das profissões*” (Gonçalves, 2007: 183).

Apesar de estar circunscrita ao espaço anglo-americano, a heurística da leitura de Larson acontece a partir dos seguintes elementos teóricos:

- concepção das profissões como actores sociais; articulação entre mobilidade social e controlo monopolista do mercado (perfilando aqui, como em outros elementos do seu modelo teórico, a perspectiva de Weber de que as profissões têm simultaneamente interesses económicos e sociais);
- análise sócio-histórica dos projectos profissionais; cruzamento analítico entre a acção dos grupos profissionais, as suas relações com o Estado, os modos como este se posicionou face ao desenvolvimento das profissões e o papel das universidades, na dupla qualidade de instituições de produção dos conhecimentos científicos, em que se fundamenta a profissão, e de profissionais credenciados;
- recusa da existência de um único modelo de profissionalização (Gonçalves, 2007:183).

### **1.3 As tendências contemporâneas do estudo profissional.**

Gonçalves (2007) identificou, como vimos no quadro anterior, quatro fases com fronteiras temporais não traçadas em definitivo, para análise da Sociologia das Profissões.

Podemos dizer que na quarta-fase, identificada pelo autor como tendo começado no início dos anos 90, ganhou relevo o incremento da produção sociológica na Europa continental, a abordagem comparativa dos fenómenos profissionais e a emergência de novas problemáticas teóricas.

Assistiu-se então, desde o início dos anos 90, a um aumento da produção sociológica sobre as profissões em países como a França, a Itália e os países escandinavos.

*“Progressivamente, a reflexão sobre as profissões ganha densidade conceptual e empírica, embora na base de uma diversidade de temáticas, de objectos empíricos, de abordagens teórico-metodológicas, subsistindo também diferenças notórias conforme o país”* (Gonçalves, 2007:187).

Trata-se de uma situação nova e de ruptura face ao passado, visto que na Europa continental os períodos anteriores se caracterizaram por um desconhecimento profundo da produção sociológica das profissões anglo-americana e pela ausência de estudos empíricos sobre os grupos profissionais que não o operariado.

Várias razões poderão ser apontadas para este desconhecimento:

1. a contestação generalizada face às teses funcionalistas pelos sociólogos europeus conduziu-os consequentemente a um afastamento da análise sociológica das profissões onde as mesmas eram predominantes;
2. a hegemonia das investigações sobre a classe operária e o trabalho industrial em geral, em que pontificava o quadro teórico marxista, impossibilitou a emergência de outros temas sobre o mundo

3. os obstáculos à transposição do quadro teórico funcionalista para os contextos nacionais da Europa continental (Gonçalves, 2007:188).

No campo de análise do trabalho na Europa, emergem novas conceptualizações sobre as profissões induzem a questionamentos inovadores sobre o fenómeno profissional. Contudo, a diversidade de temas e de abordagens impossibilita que se possa detectar uma sociologia europeia das profissões.

A definição do conceito de profissão também se tem demonstrado um tema um pouco controverso. Dubar e Tripier (1998 *cit.* Gonçalves, 2007: 189) dão-nos uma outra definição de profissão integrada por quatro perspectivas complementares: profissão como declaração (identidade profissional); profissão como “*metier*” (especialização profissional); profissão como emprego (classificação profissional); profissão como função (posição profissional no seio de uma organização). Embora seja bastante ampla, nem todas as actividades designadas de profissionais (“*professionnelles*”) na linguagem comum integram a definição. Unicamente são eleitos pelos autores os sistemas profissionais fechados, que se caracterizam por formas de regulação profissional, o caso dos “corpos” específicos da função pública, os quadros das empresas, as profissões independentes e liberais e os “*meties*” alicerçados em mercados de trabalho fechados. Compreende-se melhor a posição dos autores se tivermos presente que defendem a análise sociológica das profissões a partir de três perspectivas: como formas históricas de organização social das actividades de trabalho; como formas históricas de identificação e de expressão de valores éticos; como formas históricas de estruturação dos mercados de trabalho (Dubar e Tripier, 1998 *cit.* Gonçalves, 2007: 189).

Mais recentemente, Dubar (2003 *cit.* Gonçalves, 2007: 189) tentando ultrapassar a questão da definição defende, em substituição do termo profissão o uso de grupo profissional: “*un ensemble flou, segmenté, en constante évolution, regroupant des personnes exerçant une activité ayant le même nom dotée d’une visibilité sociale et d’une légitimité politiques suffisantes, sur une période significative*”. Tal opção expressa bem as dificuldades que subsistem na sociologia europeia, não enfileirada totalmente com as abordagens anglo-americanas, para produzir um instrumental conceptual que seja heurísticamente válido.

Em Portugal, no estudo realizado sobre o associativismo profissional (Freire, 2004 *cit.* Gonçalves, 2007: 190), é apresentado um conceito de profissão baseado em diversos tópicos:

1. nível de qualificação média ou superior, assente em formação inicial correspondente ou em qualificações informais de longa aprendizagem;
2. diferenciação e especificidade técnica ou científica permitindo algum grau de autonomia profissional e responsabilidades de enquadramento ou coordenação de actividades no domínio em causa;
3. auto-identidade social mínima do grupo em questão; reconhecimento formal pelas entidades públicas administrativas, pelo mercado ou pela prática social.

As novas orientações de investigação sociológica, tanto europeias como anglo-americanas, admitem uma diversidade de noções, que contudo mantêm alguns traços comuns – referência a um domínio científico e correspondente posse de conhecimentos científicos e técnicos, obtidos após uma longa formação académica, autonomia profissional, identidade própria e associações de pares.

Da produção sociológica actual podemos dizer que subsiste um grau de diversidade das novas formas de regulação entre profissões e países, mas simultaneamente convergências na adopção mais extensiva dos princípios económicos da concorrência e de uma maior abertura dos mercados dos serviços profissionais (quebra parcial dos mercados monopolistas profissionais) (Gonçalves, 2007:206).

Paradoxalmente, a ideologia neoliberal, com as suas restrições aos monopólios profissionais, possibilita alguma convergência entre o modelo anglo-americano de profissionalização e o modelo europeu continental (Svensson, 2003 *cit.* Gonçalves, 2007: 206), podendo estar a assistir-se à redefinição dos posicionamentos das profissões – limitação crescente da sua autonomia, redução da sua capacidade de intervenção política – no seio dos Estados nacionais. Depois, é notado por vários autores a importância crescente que a *accountability* e a qualidade das actividades dos profissionais têm nos discursos produzidos por diversas instâncias estatais e nas medidas legislativas sobre as profissões. Como resposta ao aumento da competitividade económica, à redução dos orçamentos estatais dedicados ao funcionamento dos elementos do Estado-providência, à procura pelos governos das “óptimas” relações custo/benefício e à pressão por parte dos consumidores, é patente um incremento dos processos de produção e circulação de informação, que pretende objectivar quantitativamente as práticas profissionais e os seus resultados (Broadbent, Dietrich e Roberts, 1997 *cit.* Gonçalves, 2007: 207).

A saúde e a educação são alguns dos exemplos ilustrativos do uso da quantificação com fins avaliativos. A expansão da “lógica avaliativa”, em contexto organizacional, conduz ao acréscimo do controlo dos profissionais com a consequente redução da sua autonomia e autoridade (Broadbent e Laughin, 1997 *cit.* Gonçalves, 2007: 207).

A par disto a qualidade, enquanto satisfação dos consumidores, passou a ser um critério saliente de aferição das práticas profissionais (Gonçalves, 2007:207).

Para além da Europa continental, também no Brasil se tem assistido a um incremento da produção sociológica (Gonçalves, 2007:207). No Brasil perdura uma notória tendência para o fortalecimento da análise sociológica dos grupos profissionais. Tendência que é tributária dos contributos teóricos dos interaccionistas e das teses do poder e do monopólio profissional (onde ganham destaque os trabalhos de Larson e Freidson), mas que igualmente mobiliza os recursos de algumas das especializações da sociologia, o caso da educação e trabalho (Barbosa, 2003 *cit.* Gonçalves, 2007: 207).

Apresentam-se várias linhas de investigação. Uma primeira cingida à análise da evolução das profissões e da sua participação na formação e consolidação do Estado moderno brasileiro. Coelho (1999 *cit.* Gonçalves, 2007: 207) estuda as denominadas “profissões imperiais” – medicina, advocacia e engenharia – ao longo do século XIX e das primeiras décadas do século seguinte no Brasil.

Diniz (2001 *cit.* Gonçalves, 2007: 207) focaliza-se nas estratégias profissionais para a constituição dos monopólios profissionais (engenheiros, médicos e economistas) e no papel legitimador assumido pelo Estado, questionando-se também sobre os processos de proletarianização dos profissionais.

Uma outra linha de investigação articula o desenvolvimento do profissionalismo com a política.



Competição interprofissional entre médicos e farmacêuticos: o caso da jurisdição da prescrição de medicamentos  
Em suma, no momento presente, é patente o incremento do interesse sociológico na Europa continental sobre as profissões, reforçado pela emergência de novos problemas teórico-metodológicos sobre as formas de regulação dos grupos profissionais no quadro das instituições comunitárias.

#### **1.4 Análise sociológica das profissões em Portugal.**

A sociologia das profissões é um tema sem tradição na sociologia portuguesa, sendo que houve um acréscimo de produção sociológica sobre os grupos profissionais em Portugal no decorrer dos anos noventa. Trata-se de uma produção ainda limitada e principalmente resultado de trabalhos de investigação empírica realizada no âmbito da preparação de dissertações de mestrado e de doutoramento (Gonçalves, 2007:208).

Dos textos publicados destacam-se um conjunto deles que se fundamentam plenamente em quadros teóricos e problemáticas da sociologia das profissões: Rodrigues (1998) sobre os engenheiros; Gonçalves (1998 e 2006), economistas; Gomes (2000), arquitectos; Rocha (2004), farmacêuticos; Fonseca (2007), militares. E de todos eles se podem destacar alguns traços em comum, traços esses que ilustram tendências de análise que vêm determinando a análise sociológica em Portugal:

1 - abordagem sócio-histórica centrada na identificação dos processos de emergência e sedimentação dos grupos profissionais, assim como dos contextos sociais, políticos e económicos que enformaram esses processos. São análises que abrangem arcos temporais longos, com uma notória valorização analítica dos períodos do Estado Novo e do regime democrático do pós 25 de Abril;

2 - valorização analítica dos modos como os processos de profissionalização foram estruturados, assumindo padrões diferenciados de desenvolvimento ao longo do tempo, pelas relações entre a profissão e o Estado, pela inserção da profissão no seio das dinâmicas capitalistas, pelas interações entre o sistema de ensino e a profissão, pela estrutura e acção das organizações associativas politicamente representativas dos grupos;

3 - particular atenção é dada às relações entre as profissões e o Estado Novo;

4 - acréscimo do número de profissionais, segmentação e diferenciação das profissões por idade, por áreas de actividade profissional, por natureza das organizações onde se inserem, aumento da importância do assalariamento, expansão e conquista de novas áreas de jurisdição, apropriação de novos conhecimentos científicos e técnicos, redesenho das fronteiras das jurisdições profissionais historicamente construídas e redefinição da estrutura e objectivos das organizações associativas representativas politicamente das profissões são tendências que configuram engenheiros, economistas e arquitectos, embora apresentando uma certa parcela de especificidade decorrente, respectivamente, quer dos padrões que assumiram os respectivos processos de profissionalização (em especial da sua antiguidade), quer das configurações que tomaram, ao longo do tempo, as suas inserções sociais, económicas e políticas (Gonçalves, 2007:209, 210).

Outro texto de referência a destacar (Freire *et al.*, 2004 *cit.* Gonçalves, 2007: 211) diz respeito ao associativismo profissional em Portugal na actualidade onde se identificam os seguintes resultados: “a

Competição interprofissional entre médicos e farmacêuticos: o caso da jurisdição da prescrição de medicamentos

*expansão do movimento associativo, de natureza profissional, com objectivos de representação dos interesses económicos, sociais e culturais, nos últimos trinta anos, fortemente imbricado no processo mais amplo de sedimentação do regime democrático do pós 1974; essa expansão reflecte, em parte, a difusão do modelo profissional e o incremento dos processos de profissionalização, alguns deles expressão, por sua vez, da emergência de novas profissões e da maior visibilidade social e política das profissões já existentes; diversidade de grupos ocupacionais integrantes do movimento associativo, os quais apresentam elementos caracterizadores disocidentes das tradicionais profissões liberais, quanto aos conhecimentos científicos e técnicos, à natureza complexa do trabalho, ao poder e autonomia profissional, aos sistemas de credenciação e certificação profissional; fractura entre as associações de direito público (a esmagadora maioria das associações estudadas) e as associações públicas (juridicamente designadas por Ordens profissionais), por força da desigual capacidade legal de intervenção em defesa dos interesses da profissão; procura por parte das associações de direito público de um maior reconhecimento por parte do Estado das actividades das profissões que representam, de molde a obterem um controlo monopolista dos correspondentes mercados profissionais” (Gonçalves, 2007: 211).*

Para além dos estudos já referidos, outros houve também com importância, mas que se diferenciaram dos anteriores por mobilizarem só parcialmente o instrumento conceptual e as problemáticas da sociologia das profissões.

O mundo do trabalho e dos grupos profissionais tem vindo a reconfigurar-se ao longo dos anos, devido a transformações económicas, sociais e culturais, como a terciarização da economia, feminização das profissões, emergência de novas actividades, caracterizadas por elevadas exigências de qualificação académica de nível superior e pelo domínio de conhecimentos científicos e técnicos, etc..

Em suma, “o *património teórico-metodológico construído sobre as profissões (e por abrangência das ocupações no sentido mais vasto do termo)* é um dos instrumentos importantes para a leitura sociológica sobre as plurais recomposições sociais, económicas e culturais que atravessam o mundo do trabalho, nas actuais sociedades globalizadas. Em particular, a mobilização desse instrumento é heurísticamente válido para o conhecimento da intensificação dos processos de profissionalização e da simultânea difusão do modelo profissional e do profissionalismo em Portugal” (Gonçalves, 2007:214).

## **2. Competição e jurisdição: a teoria sistémica de Andrew Abbott.**

### **2.1 Pressupostos e influências.**

Recorremos agora à perspectiva do sociólogo americano Andrew Abbott e à sua obra *The System of Professions: an essay on division of expert labor* (1988) que é a, entre as mais recentes conceptualizações das profissões, ainda a mais influente. É também Abbott, que fala pela primeira vez, distintamente, na questão da jurisdição e na metodologia específica dos processos de competição jurisdicional, sendo portanto, considerámo-lo, aquele que mais se enquadra na temática abordada nesta Dissertação, o que nos levou desde os primeiros momentos a seleccioná-lo como autor essencial ao seu enquadramento. No quadro da sociologia americana das profissões dos anos oitenta, o livro de Abbott tem sido considerado a

Competição interprofissional entre médicos e farmacêuticos: o caso da jurisdição da prescrição de medicamentos  
única produção de relevo a par do texto de Freidson (1986). Este autor debruça-se sobre as formas como as profissões fazem reconhecer as suas competências, através das “lutas jurisdicionais”. Estes são processos pelos quais os grupos profissionais, ou certos segmentos destes grupos, obtêm o controlo das formas de diagnóstico, inferência e tratamento de determinados problemas integrados pela profissão (Abbott, 1998:69).

Além destas questões de carácter intraprofissional, Abbott (1988:59,60) considera também que as profissões se desenvolvem tendo em conta:

- a evolução das relações interprofissionais, ou seja, os seus processos de competição, conflito e cooperação com outros grupos profissionais, no espaço informal do local de trabalho e no espaço formal, público e legal;
- o conteúdo da sua actividade profissional;
- a forma como os grupos controlam os seus conhecimentos.

O autor procura compreender como é que um grupo profissional entra em competição com os seus concorrentes pelo reconhecimento da sua competência e pela redução do âmbito de trabalho desses concorrentes e analisa as formas utilizadas pelos grupos para fazerem reconhecer os seus conhecimentos e, acima de tudo, o próprio trabalho e as operações concretas que legitimam as práticas dos profissionais. Isto que significa que a identidade profissional de cada grupo se funda para Abbott, geralmente, numa determinada competência técnica, embora as fronteiras dessa jurisdição sejam discutidas e revistas ao longo dos tempos, pois no interior de cada grupo, os seus segmentos continuam em permanente concorrência com aqueles que pretendem redefinir essas fronteiras.

A abordagem de Andrew Abbott (principalmente durante os anos 80) faz uma síntese de vários paradigmas presentes na sociologia das profissões, embora o autor se reclame tributário, sobretudo de Hughes e do interaccionismo simbólico, é muito evidente a presença de contributos de outras escolas. Como sumula Gonçalves (2007: 185), *“Recuperando alguns dos contributos teórico-metodológicos expressos pelos funcionalistas, pelos interaccionistas simbólicos e pelos defensores das teses do poder profissional, o autor formula um novo quadro conceptual sobre as profissões e os processos de profissionalização nas sociedades capitalistas avançadas. Ao contrário de outros sociólogos preocupados com a estrutura das profissões, a sua atenção dirige-se, em primeiro lugar, para a análise da natureza do trabalho dos profissionais. É um nível de observação fundamental para se perceber as práticas dos profissionais, os modos como são mobilizados os conhecimentos produzidos nos espaços académicos e as relações de conflito com outras profissões a propósito do controlo das respectivas jurisdições”*.

Na teoria de Abbott podemos identificar cinco pressupostos principais e três níveis de análise.

Os principais pressupostos centram-se nos conceitos e dinâmicas centrais ao estudo das profissões:

- 1) jurisdição – o estudo das profissões deverá concentrar-se nas áreas de actividade sobre as quais detém o direito de controlar a prestação de serviços;
- 2) dinâmica – a análise dinâmica das profissões depende essencialmente da análise das disputas,

- 3) interdependência – as profissões existem no conjunto do sistema ocupacional e não como entidades isoladas, pelo que a sua abordagem deve considerar o sistema de interdependência nas relações entre os grupos profissionais;
- 4) conhecimento abstracto – no seio do processo competitivo deve destacar-se a funcionalidade da abstracção que confere capacidade de sobrevivência às profissões, uma vez que só um sistema de conhecimento abstracto permite redefinir e dimensionar novos problemas e tarefas;
- 5) processos de desenvolvimento profissional multidireccionais – não existe uma tendência única de desenvolvimento profissional, antes, todas as possibilidades estão abertas dependendo dos contextos e da eficácia das acções estratégicas (Abbott, 1998:69,70).

Quanto aos níveis de análise, destaca Abbott que eles devem ser três:

- 1) o processo e as condições do estabelecimento efectivo e da manutenção de jurisdição, onde são elementos fundamentais a natureza do trabalho profissional e as estruturas que sustentam as jurisdições;
- 2) a diferenciação interna das profissões e as mudanças na sua composição interna que podem afectar ou introduzir transformações no poder e na legitimidade dessas mesmas profissões;
- 3) as fontes de mudança localizadas no exterior do sistema, isto é, no contexto sociocultural, nomeadamente as mudanças macrosociais no conhecimento, nas tecnologias e nas organizações (Abbott, 1998:70,71).

## **2.2 Operacionalização da Teoria.**

Andrew Abbott no seu livro *The system of professions: an essay on the division of expert labour*, analisa o desenvolvimento das profissões como um sistema ecológico, interdependente e dinâmico. As profissões são analisadas como sistemas interdependentes com uma estrutura interna própria. As profissões lutam entre si pela manutenção da exclusividade dos seus espaços de actuação, assim como disputam novos espaços. Recuperando alguns dos contributos teórico-metodológicos expressos pelos funcionalistas, pelos interaccionistas simbólicos e pelos defensores das teses do poder profissional, o autor formula um novo quadro conceptual sobre as profissões e os processos de profissionalização nas sociedades capitalistas avançadas (Gonçalves, 2007:185). De facto, Abbott conceptualiza uma abordagem dinâmica do fenómeno das profissões. Das teorias funcionalistas, Abbott recupera a importância e centralidade do conhecimento como atributo ou traço característico das profissões, analisa o papel do conhecimento abstracto na fixação, manutenção e fortalecimento das jurisdições. Do interaccionismo, recupera os conceitos de segmentação interprofissional e de processo, analiticamente pertinentes para compreender a base social dos conflitos interprofissionais. Do paradigma do poder, recupera o próprio conceito de poder, os de auto-interesse e de acção política, mais do que sugestivos para a análise da resolução de conflitos.

Para Abbott (1988), cada profissão estaria ligada por laços jurisdicionais a tarefas que caracterizariam uma

Competição interprofissional entre médicos e farmacêuticos: o caso da jurisdição da prescrição de medicamentos  
resposta *expert* a um problema humano, tarefas essas que desde logo seriam culturalmente e historicamente determinadas. As disputas pela realização dessas tarefas, a consolidação de jurisdições (ligadas a determinada tarefa por um agrupamento profissional), o seu abandono por um grupo face a uma tarefa ou conjunto de tarefas mais atractivas ou a sua recuperação por outro, delineariam as dinâmicas fundamentais do sistema das profissões. A modificação da relevância quer cultural quer histórica de tais tarefas poderiam por seu turno conduzir ao desaparecimento ou à consolidação de novas jurisdições (Fonseca, 2007:60).

O modelo de Abbott (1988:143) sistematiza pois a forma como as profissões integram e interagem num sistema interdependente e em constante mudança. No mundo das profissões, campos de determinado domínio ocupacional de uma profissão frequentemente são disputados por outros, aqueles a que Abbott chama de *competitors*, competidores.

As profissões reajustam-se, enquanto novos espaços surgem e permanecem desocupados, até que se estructurem sob novas jurisdições. O conceito de “jurisdição” (que significa segundo Abbott a relação que existe entre uma determinada profissão e o seu trabalho) é fundamental na sua teoria (1988:59) e diz respeito aos direitos de exclusividade da prática profissional exercidos um determinado grupo profissional.

A atenção de Abbott dirige-se, em primeiro lugar, para a análise da natureza do trabalho dos profissionais. É um nível de observação fundamental para se perceber as práticas dos profissionais, os modos como são mobilizados os conhecimentos produzidos nos espaços académicos e as relações de conflito com outras profissões a propósito do controlo das respectivas jurisdições (Gonçalves, 2007:185).

O modelo sistémico sobre as profissões apresentado por Abbott assenta nos seguintes eixos analíticos:

1. o conjunto de profissões constitui o que designa por “sistema de profissões”;
2. a fixação das jurisdições é o objectivo primeiro do desenvolvimento das profissões, o que concorre directamente para uma permanente conflitualidade interprofissional;
3. o conhecimento formal, de natureza abstracta, controlado monopolisticamente por uma profissão é o seu elemento definatório principal e, em simultâneo, o seu primeiro recurso no seio daquela conflitualidade;
4. as profissões não são homogéneas, apresentam-se diferenciadas internamente em grupos ou segmentos, de acordo com as situações de trabalho, mas também em instituições de ensino e de controlo;
5. as profissões são sujeitas a mudanças produzidas por forças internas (em que predomina o incremento de novos conhecimentos científicos) e por forças externas (evolução tecnológica e alterações nas organizações), que conduzem a mudanças na sua legitimidade social e poder;
6. o poder da profissão é fundamental para manter a respectiva jurisdição e decorre da capacidade de dominação face a outros grupos profissionais, ao Estado e aos clientes ou empregadores (Gonçalves, 2007:186).

Para o autor, profissionais são aqueles que prestam serviços para resolver problemas humanos e, assim

Competição interprofissional entre médicos e farmacêuticos: o caso da jurisdição da prescrição de medicamentos sendo, as actividades de uma profissão relacionam-se com o diagnóstico, inferência e tratamento para um determinado problema humano. O conhecimento teórico fundamenta o fazer profissional enquanto a formação académica legitima o trabalho profissional. A jurisdição de uma profissão poderá ser modificada por forças internas (a triagem de doentes nos hospitais feita por enfermeiros e não por médicos, por exemplo) ou externas (o aparecimento de um aparelho de diagnóstico que substitua o médico) ou ainda pela invasão de profissionais de outras áreas (vontade dos farmacêuticos de poder fazer prescrição de medicamentos), a que Abbott chama de substituição de tratamento onde uma profissão aceita o diagnóstico ou tratamento de outra, reivindicando conduzir determinado problema profissional de forma mais rápida ou mais eficaz que a outra.

Quanto às forças internas Abbott destaca:

- O desenvolvimento de novos conhecimentos ou saberes;
- As mudanças na estrutura social das profissões, como o surgimento de grupos novos ou a procura de desenvolvimento de grupos já existentes.

As forças externas:

- São decorrentes de alterações na tecnologia ou nas organizações, de factos naturais ou de factos culturais;
- Fortalecem ou enfraquecem áreas de jurisdição, introduzem mudanças que provocam uma cadeia de distúrbios/perturbações que se propagam através do sistema (Abbott, 1988:143,144).

Ainda, de acordo com o autor, o diagnóstico, o tratamento, a inferência e o conhecimento académico constituem o pilar cognitivo da jurisdição, ao definir a própria identidade profissional.

O diagnóstico e o tratamento são actos de mediação, isto é, de gestão de informação, tendo na base sistemas de classificação de problemas; a inferência, ao contrário, é um acto puramente profissional, actua quando a conexão entre diagnóstico e tratamento é obscura, por exclusão ou por construção; o conhecimento académico é um elemento chave do sistema – o carácter abstracto do sistema de classificação, do sistema de conhecimento que formaliza o saber fazer profissional é ditado pelos académicos, cujo critério não é o da eficácia, mas o da consistência lógica e da racionalidade. Aliás, é o conhecimento académico que possibilita o desenvolvimento/ produção de novos diagnósticos, tratamentos e métodos de inferência, pelo que a sua importância é fundamental na mudança e na reorientação estratégica da profissão: *“o conhecimento académico legitima o trabalho profissional através da clarificação das suas fundamentações e traça os mais elevados valores culturais. Na maioria das profissões modernas, estes são os valores da racionalidade, da lógica e da ciência. (...) A clareza e o carácter científico lógico do trabalho profissional, legitimam o trabalho no contexto de valores mais amplos”* (Abbott, 1988:53,54).

O sistema de conhecimento académico de uma profissão realiza geralmente três tarefas: legitimação, investigação e instrução (Abbott, 1988:56,57).

No entanto, construir a *expertise*, o saber-fazer, e justificá-los cognitivamente não é suficiente para a definição da jurisdição. É necessário o reconhecimento social da estrutura cognitiva.

A fixação da jurisdição, proibição legal de outros grupos ou indivíduos desenvolverem o trabalho, pode ser total, por subordinação (delegação ou transferência do trabalho de rotina), interdependência de grupos ou controle (divisão de jurisdição ou divisão do trabalho entre profissões estabelecidas que reflectem o desenvolvimento complexo de tarefas).

A estrutura interna ou organização social de uma profissão tem três componentes:

- Os grupos ou segmentos (com diversas formas e características);
- As instituições de controlo (escolas, licenças, códigos de ética);
- As situações de trabalho.

A fixação da jurisdição por parte dos grupos profissionais incorpora o controlo social e cognitivo. O controlo cognitivo actualiza-se no trabalho com o desenvolvimento das tarefas, sendo legitimado pelo conhecimento formal que segue valores fundamentais; o controlo social actualiza-se em reivindicações nos campos de opinião pública, legal ou nos locais de trabalho.

Seria o conceito de jurisdição que, consubstanciando a ligação do profissional ao seu trabalho, restabeleceria teoricamente a interdependência das várias profissões (Abbott, 1988:20).

Dos principais traços aqui apontados, de modo sumário, sobre o trabalho de Abbott (1988), ressalta uma abordagem sistémica das dinâmicas das profissões que heurísticamente coloca a tónica nos processos, complexos, de conquista, sedimentação e de defesa das jurisdições, isto é, nas relações pautadas pelos conflitos entre profissões, bem como nos procedimentos sociais para a resolução desses conflitos, que trespassam o mundo profissional com as suas contingências históricas, sociais e culturais.

### **3. Médicos e Farmacêuticos.**

#### **3.1 Análise Sociológica da Profissão Médico.**

A Sociologia Médica resultou de uma convergência progressiva entre a Sociologia e a Medicina, na segunda metade do Século XX. Basicamente, o seu objectivo consiste no estudo dos cuidados de saúde e do modo como são institucionalizados na sociedade, bem como da relação entre saúde, doenças e factores sociais. Esta disciplina pretende acrescentar conhecimento às ciências básicas, visando deste modo acrescentar competência e humanidade à formação do futuro médico. De forma resumida, propõe que diversos factores económicos e sociais influenciam a distribuição das doenças, a disponibilidade de tratamentos e respectivos resultados. Todos os médicos, independentemente do local onde trabalham, ou da especialidade que escolheram, são confrontados com estas evidências no seu trabalho clínico. Ou seja, a prática da medicina não depende apenas do estudo da fisiopatologia ou da biologia molecular; requer igualmente a compreensão dos factores psicológicos, sociais e culturais que são objecto preferencial de estudo e reflexão em sociologia médica.

Mais especificamente, os contributos da disciplina para a educação médica contemplam, entre vários outros temas, o estudo da medicina enquanto profissão, as interacções médico-doente, o estudo do papel de doente e da experiência subjectiva de doença, a construção social das doenças e do conhecimento médico, os determinantes sociais da saúde, o impacto do estigma e o processo de medicalização. As causas e

Competição interprofissional entre médicos e farmacêuticos: o caso da jurisdição da prescrição de medicamentos  
consequências das desigualdades na saúde constituem também um tema central da sociologia médica, numa perspectiva epidemiológica. A organização dos cuidados de saúde, igualmente, ocupa um lugar central no âmbito dos estudos e reflexões em sociologia médica. No seu conjunto, todos estes temas acrescentam inteligibilidade às questões da saúde e da doença e sublinham a necessidade de uma dimensão ética e humanista na educação médica (Nunes, 2007:162).

Sem dúvida a década de 1950 representa um momento inaugural da sistematização das ciências sociais em saúde nos Estados Unidos. Talcott Parsons (1951) escreve o seu alentado trabalho sobre o sistema social, no qual figura o capítulo que se tornaria referência para a sociologia médica, intitulado "*Social structure and dynamics process: the case of the modern medical practice*". Em 1957 Renée Fox publica o emblemático estudo denominado *Experiment perilous: physicians and patients facing the unknow* (Fox, 1974 cit. Nunes, 2007: 162). Samuel W. Bloom inaugura o ensino das ciências sociais para estudantes de medicina no Baylor University College of Medicine, experiência relatada em seu livro *The doctor and his patient: a sociological interpretation* (Bloom, 1963 cit. Nunes, 2007: 162).

Outras importantes contribuições, como as de August Hollingshead, Robert Satrus, Patrícia Kendall, Blanche Geer e Eliot Freidson, entre outras, são produto desse momento do pós-guerra e estiveram presentes nas principais universidades americanas. Fará parte desse cenário Robert K. Merton, que concebeu e coordenou uma das mais expressivas pesquisas sobre a escola médica, vista como a instituição "socializadora" da profissão e que iremos desenvolver à frente.

Ainda que não tenha prosseguido com o tema da medicina e da profissão médica nos seus estudos, Merton marcou de forma indiscutível as pesquisas que se fizeram no campo da sociologia da educação médica. Assim, o aparecimento de *The student-physician: introduction studies in sociology of medical education* (Merton, Reader, Kendall, 1957) foi um marco para esse campo que se iniciava. Também por ter exercido forte influência em estudos posteriores na área da saúde e da medicina, Merton deve figurar na galeria dos autores que ajudaram na construção da sociologia médica e da saúde. Essa dimensão do trabalho de Merton é enfatizada por Bloom (2002 cit. Nunes, 2007: 159-172). O autor assinala que os promissores laços entre medicina preventiva, saúde pública e sociologia, estabelecidos entre as duas grandes guerras, foram minados pelas reacções pós-guerra contra a 'medicina social', então confundida com "medicina socializada". Contudo, estudos posteriores de Merton mostraram a impossibilidade de reverter a separação entre a sociologia como prática académica e os problemas das organizações privadas (Nunes, 2007:164).

Em *The student-physician* trata-se de demonstrar, com análise cuidadosa de dados empíricos, como a escola modela o *self* profissional do estudante, a fim de que ele "pense, sinta e aja como um doutor". Para tanto acompanha a trajectória de um jovem aspirante a médico — com as suas características originais, medos, esperanças e habilidades —, na qual emerge um médico aprovado socialmente, consciente de seu *status* profissional e dos valores que o conformam e detentor de uma auto-imagem que lhe garante presença no seu grupo profissional e na sociedade.



Ao retomar alguns momentos iniciais desse primeiro estudo sociológico sobre socialização numa escola médica, realizado pelo *Bureau of Applied Social Research*, Bloom (2002 cit. Nunes, 2007: 172) lembra que, em 1952, dirigindo-se ao Bureau, Merton afirmava emergir no campo da medicina moderna, naquele momento, "um lento mas claro interesse em explorar as conexões reais e potenciais entre a medicina e as ciências sociais" (Nunes, 2007:164).

O papel desempenhado por Merton seria fundamental na configuração do campo da sociologia da educação médica no interior da sociologia médica, especialmente ao desenvolver o conceito de "socialização para a profissionalização" sob o paradigma da análise funcional, no qual o destaque é o processo de adaptação do indivíduo ao seu meio social. O seu longo capítulo em *The student-physician*, intitulado "*Some preliminaries to a sociology of medical education*", tornou-se referência para a área que se iniciava e para a compreensão da escola médica como um sistema social (Nunes, 1999:181-183).

Para Merton, a função da escola médica é transmitir a cultura da medicina e desenvolvê-la. A sua tarefa é modelar o jovem aluno num prático efectivo da medicina, dar-lhe o melhor conhecimento e habilidades disponíveis e provê-lo com a identidade profissional, de forma que venha a pensar, agir e sentir como médico. Seu problema é capacitar o médico a preservar as expectativas do papel profissional num longo tempo após ter deixado o ambiente valorativo de sustentação fornecido pela escola médica (Merton, Reader, Kendall, 1957:7).

Com tal fundamentação, Merton lançava as bases para futuros estudos sobre a escola médica como instituição profissionalizante. Conforme o próprio autor, configuravam-se então os momentos iniciais dos estudos da sociologia da educação médica, voltada sobretudo para aqueles que tinham por objectivo a organização e a função da educação médica contemporânea e necessitavam de alguma perspectiva histórica sobre o assunto. Merton traça um histórico da educação médica americana a partir do século XVIII e aborda o papel pioneiro de John Morgan, primeiro professor americano de teoria e prática de medicina, cujo *Discourse upon the institution of medical schools in America* considera documento fundador de uma filosofia da educação médica com perspectiva sociológica (Nunes, 2007:165).

Outra menção importante em *The student-physician* concerne ao Relatório Flexner e ao impacto que provocou a constatação de que muitas das 155 escolas médicas do Canadá e dos Estados Unidos estavam fora de padrões técnicos, devido a falta de laboratórios, formas inaceitáveis de exames e provas, prática deficiente de membros do corpo docente etc.. Após destacar as bases históricas sobre as quais os estudos de educação médica se assentavam, Merton assinala que o interesse em estudá-la como processo social e psicológico é fruto da convergência de forças das áreas médica e sociológica – não obstante suas histórias independentes –, resultando no levantamento de questões sobre o processo de ensino médico, o ambiente educacional e a formação dos futuros profissionais da medicina (Nunes, 2007:165).

De acordo com Merton, os problemas da medicina que despertavam interesse por parte da educação

Competição interprofissional entre médicos e farmacêuticos: o caso da jurisdição da prescrição de medicamentos seriam os seguintes:

- Como tornar os grandes e possivelmente acelerados avanços do conhecimento médico uma parte efectiva do equipamento dos estudantes da área;
- Como centrar a ênfase na redefinição da distribuição do limitado tempo disponível do currículo, de modo a suscitar revisões e alternativas dos planos curriculares;
- Como acentuar o reconhecimento renovado da importância do ambiente social tanto na génese como no controle da doença, juntamente com o reconhecimento crescente do papel das ciências sociais em prover a maneira de compreensão desse ambiente, incluindo a redescoberta do paciente como pessoa;
- Como recentrar os esforços no comprometimento absoluto com o método científico, que exige a todo custo a substituição do empirismo prático pela análise mais sistemática e racional do processo de educação;
- Como fazer potenciar as inovações substanciais atingidas em termos de educação médica, dado que, como factor precipitante, elas requerem comparações sistemáticas entre os objectivos dessas inovações e os seus resultados reais, que se mantém em défice (Merton, Reader, Kendall, 1957:35-36).

Já o desenvolvimento da sociologia, que teria motivado o crescimento das pesquisas em educação médica, podia ser visto a partir dos seguintes factos:

- O interesse acentuado e progressivo pela sociologia das profissões que incluía, como elemento principal, estudos das escolas profissionais;
- A crescente utilização das ciências sociais como parte integrante das bases científicas para a provisão de cuidado à saúde, na sociedade contemporânea;
- O considerável e recente desenvolvimento do estudo empírico de organizações sociais complexas, entre as quais as escolas constituem uma classe especialmente importante;
- O crescimento similar do interesse pelo processo de socialização do adulto em geral, cuja aplicação ao campo da medicina relaciona-se com os processos pelos quais o jovem aspirante a médico é transformado numa ou outra espécie de médico;
- Os recentes avanços nos métodos e nas técnicas de investigação social, que tornam possível examinar esses assuntos e problemas por meio de investigação sistemática (Merton, Reader, Kendall, 1957:52).

Merton detalha todos os itens aqui apontados. Escrevendo na segunda metade do século XX assinala que, futuramente, esses elementos de convergência poderiam dar suporte adequado ao estudo científico e não-empírico da educação médica. Sem dúvida o seu prognóstico foi correcto, uma vez que a produção nessa área teve um crescimento acima de outros temas da sociologia médica.

Ao estabelecer que os estudos de ciências sociais sobre a educação médica diferiam das avaliações

Competição interprofissional entre médicos e farmacêuticos: o caso da jurisdição da prescrição de medicamentos técnicas sobre conteúdo e organização curricular, Merton indica as duas principais vertentes a serem tomadas nessa área de pesquisa, a psicológica e a sociológica, que diferem entre si mas não são estranhas uma à outra ou mutuamente exclusivas; ao contrário, apoiam-se e complementam-se. Aponta então as principais questões propostas por psicólogos e sociólogos, os primeiros tendo o foco nos atributos do indivíduo e os segundos, nos atributos dos ambientes sociais e culturais. Merton afirma que, no momento em que escreve, a ênfase recai sobre o estudante, as suas qualidades individuais e as correlações empíricas destas com o desempenho posterior do aluno na escola e nos estágios iniciais da pesquisa (Merton, Reader, Kendall, 1957:58). Porém defende que tal perspectiva tenderia a mudar à medida que outros cientistas sociais, além dos psicólogos, se interessassem por educação médica.

Para Merton, alguns problemas sociológicos da educação médica tinham prioridade: as motivações dos estudantes e a potencialidade de ansiedade nos ambientes escolares, como por exemplo aquele associado ao desempenho exigido aos alunos pelo corpo docente (os estudantes seriam informados sobre o que os professores esperam deles e em que medida eles correspondem às expectativas); as decisões relativas à carreira (da escolha à selecção de um campo particular de prática profissional); o espectro de valores e normas compartilhados que orientam a formação do médico e definem seu papel.

Sem dúvida, a grande contribuição de Merton foi ter dado significação sociológica à socialização, ao abordá-la como categoria analítica, e ter situado a escola médica como instituição profissionalizante e formadora de valores. Destacamos como ponto relevante da sua proposta a questão dos valores e das normas da prática médica, contrapondo-os a situações potencialmente conflitantes, que ele delineia em três amplas classes:

– Valores que governam a auto-imagem do médico: "*O médico deve continuar a sua auto-educação através de sua carreira, a fim de que se conserve a par dos rápidos avanços do conhecimento médico*", mas "*tem também a obrigação primeira de dispor de tanto tempo quanto possível para o cuidado do seu paciente.*" (Merton, Reader, Kendall, 1957:73);

– Valores que governam o relacionamento médico/paciente: "*O médico deve desprender-se emocionalmente de suas atitudes em relação aos pacientes*", mantendo as suas emoções 'frias' e evitando tornar-se "*excessivamente identificado com os pacientes*", mas "*deve evitar transformar-se em alguém 'duro' mediante um afastamento excessivo, mantendo, no entanto, preocupação de simpatia com o paciente.*" (Merton, Reader, Kendall, 1957:74);

– Valores que governam as relações com colegas e com a comunidade médica: "*O médico deve fazer tudo para prevenir e não somente ajudar a curar a doença*", mas "*a sociedade recompensa mais amplamente os médicos pela terapia que realizam como práticos e somente secundariamente os recompensa na prevenção de doenças, particularmente pelo facto de que a prevenção não é prontamente visível aos pacientes, que não percebem que permanecem saudáveis em virtude de medidas preventivas.*" (Merton, Reader, Kendall, 1957:75).

O esquema proposto por Merton foi amplamente utilizado na pesquisa, que abrangeu três escolas americanas: Cornell University Medical College, University of Pennsylvania e Western Reserve University.

Os aspectos abordados compreendiam, entre muitos outros, a análise da decisão pelo estudo da medicina, a comparação entre as motivações para a escolha da carreira médica e as da carreira de advocacia, as tendências perante a especialização, o desenvolvimento da auto-imagem profissional e as preferências por tipos de pacientes. São evidentes as aplicações, nesses estudos, das formulações de Merton conforme o modelo que ele denominou paradigma estrutural-funcional.

Nos anos 60 esse modelo proposto por Merton começou a ser criticado, perdendo muita da sua força na década seguinte. Na realidade até o momento em que surgiu, como já frisamos, as pesquisas estavam voltadas para aspectos individuais e predominavam estudos sobre atitudes específicas. Como analisa Bloom (1965 *cit.* Nunes, 2007: 168), *"uma atitude generalizada era postulada e o esforço em pesquisa era medir a sua incidência e mudança durante os anos na escola médica"*.

Muitos outros trabalhos, em épocas recentes, retomariam os estudos "mertonianos". *"Freyre (1967), em revisão sobre a sociologia da medicina norte-americana, faz inúmeras referências ao trabalho de Merton, destacando a sua importância. Pereira (2005), ao analisar as contribuições de Fernandes, revisa estudos da área da medicina social que utilizaram a abordagem funcionalista, tais como os de Ferreira-Santos (1973), Costa (1979), Birman (1978), Giddens (2001) e Lima (1994). Giddens considera Merton o 'codificador' da explicação funcional, por ter sistematizado o funcionalismo dimensionando-o como teoria e método. Lima, por sua vez, num oportuno e elaborado texto, recupera o papel de Merton na sociologia do conhecimento e da ciência"* (Nunes, 2007:169).

Na área da saúde destacamos o texto de Célia Almeida Ferreira-Santos (1973), pelo seu carácter exemplar de aplicação da metodologia de Merton num estudo sobre o comportamento de enfermeiras de nível superior, quando confrontadas com expectativas e sanções positivas ou negativas de médicos, membros da administração, professores de enfermagem, outras enfermeiras, pessoal auxiliar, pacientes e a sociedade global onde vivem. Ferreira-Santos analisa a posição social das enfermeiras e as características de seu papel social, em especial no contexto do hospital universitário investigado. No que diz respeito à perspectiva "mertoniana", ressaltam-se nessa pesquisa os conceitos básicos que permeiam a análise funcional – 'papéis', 'valores', 'expectativas' e 'funções' – das relações sociais e dos comportamentos, rompendo muitas vezes com os padrões tradicionalmente dados – o seu carácter artesanal –, e substituindo-os por um *ethos* burocrático (Nunes, 2007:170).

Autor de textos que se tornaram clássicos da sociologia como *Social Theory and Social Structure*, publicado em 1949, revisto e ampliado em 1957 e 1968, além de mais de vinte outros livros e duas centenas de artigos, Merton recebeu ao longo da sua vida títulos e honras académicas que culminaram com a *National Medal of Science*, em 1994, sendo o primeiro sociólogo a receber esse prémio.

A estruturação, organização e a atribuição de responsabilidades das práticas profissionais na área da saúde, representadas pela hegemonia histórica da profissão médica pode ser compreendida como um processo complexo, legitimado em parte pelo discurso do *status* científico da *racionalidade biomédica* (base

Competição interprofissional entre médicos e farmacêuticos: o caso da jurisdição da prescrição de medicamentos epistemológica do discurso e da prática médica) e condicionada pelo papel que a medicina desempenha, reforçando o que Illich (1975) denominou de medicalização social, que se estende do poder para exercer mais do que uma acção prescritiva e vai além do tratamento e cura dos problemas de saúde das pessoas. Quando comparamos a profissão médica com outras profissões da área da saúde, é possível perceber a influência da *racionalidade biomédica* como referencial comum aos modelos de prática predominantes em todas as profissões; contudo, as interacções que ocorrem entre esta base epistémica, as variações no corpo de conhecimentos e os agentes económicos e políticos que constituirão a base ideológica, legal, institucional e cultural para o seu exercício profissional, essas interacções acabam por determinar a posição ocupada pela profissão na complexa rede de hierarquização social do trabalho.

A medicina goza do prestígio e reconhecimento social na medida do seu compromisso com o Estado para actuar como instituição de controlo social; a sua autonomia tanto serve para garantir a reserva de mercado, como para organizar a divisão e o processo de trabalho em saúde, contribuindo deste modo para a reprodução e manutenção do sistema produtivo, bem como da ideologia e dos valores sociais do capitalismo. No entanto, quanto mais intensa a fragmentação das actividades das profissões na divisão do trabalho (quanto maior o processo de especialização), mais restrita será a sua autoridade técnica. Quanto mais afastada estiver da relação com o público beneficiário dos seus serviços; quanto mais identificada com a iniciativa privada, voltada para a produção de bens e serviços lucrativos, menos *autoridade moral* terá em função do *enfraquecimento do ideal* e da *imagem de altruísmo*, o que leva a profissão a perder apoio da opinião pública. A profissão passa a ser percebida como vinculada a interesses imediatos de mercado e muito dependente das políticas reguladoras do Estado, o qual não legitima a autonomia profissional face ao esvaziamento do mandato de conhecimento e da visibilidade social da profissão.

### 3.2 Evolução histórica da Profissão Médico.

#### **"O Juramento de Hipócrates"**

*"Eu juro, por Apolo, médico, por Esculápio, Higeia e Panacea, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir, segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue: estimar, tanto quanto a meus pais, aquele que me ensinou esta arte; fazer vida comum e, se necessário for, com ele partilhar meus bens; ter seus filhos por meus próprios irmãos; ensinar-lhes esta arte, se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração e nem compromisso escrito; fazer participar dos preceitos, das lições e de todo o resto do ensino, meus filhos, os de meu mestre e os discípulos inscritos segundo os regulamentos da profissão, porém, só a estes. Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva. Conservarei imaculada minha vida e minha arte. Não praticarei a talha, mesmo sobre um calculoso confirmado; deixarei essa operação aos práticos que disso cuidam. Em toda a casa, aí entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo o dano voluntário e de toda a sedução sobretudo longe dos prazeres do amor, com as mulheres*

*Competição interprofissional entre médicos e farmacêuticos: o caso da jurisdição da prescrição de medicamentos ou com os homens livres ou escravizados. Àquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto. Se eu cumprir este juramento com fidelidade, que me seja dado gozar felizmente da vida e da minha profissão, honrado para sempre entre os homens; se eu dele me afastar ou infringir, o contrário aconteça"<sup>1</sup>.*

A História da Medicina em Portugal acaba por ser o reflexo, mais ou menos nítido, da História da Medicina Internacional.

No período Neolítico foram encontrados crânios trepanados, discos de trepanação e amuletos, bem como microsilicas utilizadas em pequenos actos cirúrgicos (Ferraz, 2005:1).

Depois chegando o período proto-histórico dos Lusitanos, que veneravam vários deuses, dos quais se salienta o da Medicina: o deus Endovélico. Tal como os egípcios, os Lusitanos tinham muitas estelas (pedras encostadas à parede) com imagens e escritas variadas, e mesmo homenagens ao deus Endovélico (Ferraz, 2005:1).

Do séc. II ao séc. V aconteceu o expoente máximo da medicina grega e romana que nos foi trazida pelos Romanos. Assistiu-se à construção de condutas de água e termas, de sistemas de saneamento pioneiros. É um período “muito forte” na hidroterapia, na utilização das águas com fim medicinal. Os Romanos foram sobretudo higienistas, compreendendo que a medicina deve ter por objectivo a beneficiação da Vida humana. Nos locais de enterramento de militares romanos encontraram-se também objectos pessoais, para além das armas, tendo já sido encontrado um estojo com instrumentos cirúrgicos em bronze (Ferraz, 2005:1).

É interessante ver que só na Grécia é que a Medicina e a Cirurgia estavam unidas, em Portugal de facto a sua separação permaneceu até à fundação da Escola Médico-Cirúrgica em 1836 (Ferraz, 2005:1).

Mais tarde, a filha de D. Afonso VI, D. Teresa, ao casar com o conde D. Henrique, recebeu como dote um território vasto que ia do Minho ao Tejo – o Condado Portucalense. D. Afonso Henriques, seu filho, lutaria contra a mãe pela sua independência e, após a vitória de S. Mamede, tornar-se-ia o primeiro rei de Portugal.

Entretanto, com a criação do Condado Portucalense, dá-se a entrada das Ordens Religiosas, às quais coube durante muito tempo o papel do ensino e assistência médica, cópia e tradução dos livros e criação dos jardins botânicos. A um Mosteiro estava muitas vezes associado um pequeno hospital, ou uma escola: a de Alcobaça foi a primeira escola pública do país.

Em 1130, no Mosteiro de Santa Cruz de Coimbra surge a primeira escola médica do país. D. Mendo Dias, religioso português, voltou do estrangeiro com um curso de Medicina, graças a uma bolsa de D. Sancho I, e leccionou aí a primeira aula de Medicina. No entanto, só em 1290 foram criados por D. Dinis os Estudos Gerais em Lisboa – a primeira Universidade – sem beneficiar directamente os estudantes de medicina. No século XVI a universidade fixa-se no Palácio Real, onde vai permanecer (Ferraz, 2005:2).

<sup>1</sup><http://www.imagiologia.com.br/direitos-deveres/Juramento-de-Hipocrates>, consultado em 10 de Março de 2011.

É deste período um grande vulto da Medicina portuguesa: Pedro Hispano ou Pedro Julião, nascido no século XIII na freguesia de S. Julião em Lisboa. Foi professor de Medicina em Itália e Papa João XXI durante apenas 6 meses, vindo a falecer com a queda da abóbada de sua casa. Deixou vários livros: o mais famoso “*Thesaurus Pauperum*” – o Tesouro dos Pobres, a arte de curar pensada para os iletrados: era uma colectânea de receitas em versos simples destinadas a serem facilmente decoradas, permitindo ao povo tratar-se a si próprio. Também Garcia de Orta escreveu com um intuito pedagógico um livro em diálogo. Consta que uma das suas terapêuticas curou Miguel Ângelo de uma doença ocular. Foi pioneiro no seu Tratado de Oftalmologia. Escreveu também sobre as ideias do tempo em termos hipocráticos, galénicos e árabes. É famoso o seu Tratado de Psicologia, “*De anima*”, sobre a alma. Geralmente ligado em apêndice ao *Thesaurus* de Pedro Hispano, vinha o “*Regimen sanitatis*” de Arnaldo de Vilanova (séc.XIII) (Ferraz, 2005:2).

Até ao século XVI, o número de cadeiras foi aumentando: no fim do séc. XV ainda só havia duas cadeiras (a *prima* e a *vespera*), mas ao longo do séc. XVI suceder-lhes-iam as cadeiras de Filosofia natural, Avicena, a primeira Catedrilha, a Anatomia e a Cirurgia. Havia dissecação, mas só em animais. Era um ensino livresco, teórico, onde se transmitiam os princípios de Galeno, Hipócrates e dos Árabes. O lente lia os livros da cadeira (Ferraz, 2005:2).

As farmácias eram essencialmente conventuais, e era dominante a Medicina Religiosa, dando-se importância à intercessão dos santos na cura de determinadas doenças, principalmente em epidemias, como a lepra. A lepra, com as Cruzadas, atingiu proporções epidémicas, surgindo locais específicos para o isolamento dos doentes leprosos, as Gafarias ou Gafanhas.

Os primeiros livros impressos, os Incunabos, eram muitos parecidos, quanto à forma gráfica de apresentação da escrita, com os livros manuscritos, os Papiros. A primeira letra do primeiro capítulo, a letra capital, era sempre ampliada e com um desenho simbólico.

Junto aos Mosteiros havia sempre pequenos hospitais, centros de assistência para doentes, mas também para peregrinos, pobres e crianças abandonadas. A grande maioria dos centros de assistência eram pequenas albergarias, normalmente localizadas em caminhos para sítios de peregrinação (Ferraz, 2005:2).

No Porto também existiam albergarias, não só ao longo do rio, como forma de apoio nos locais de desembarcações, mas também no sentido de Santiago de Compostela.

Esta dispersão dos locais de assistência impossibilitava, a nível administrativo, a melhoria dos cuidados prestados. Só nos finais do séc. XV / inícios do séc. XVI é que se assistiu, com a criação das Misericórdias pela Rainha D. Leonor, à unificação dos centros de assistência médica. A ideia teria sido sugerida à Rainha pelo seu confessor, Frei Miguel de Fronteras. A primeira Misericórdia foi construída em Lisboa, no ano a seguir no Porto, e outras se sucederam pelo país (Ferraz, 2005:3).

Aparece em Lisboa, em 1604, o famoso Hospital Real de Todos os Santos. Tem este nome porque resultava, como foi falado, da aglutinação das várias albergarias. Cada uma era da responsabilidade de Ordens diferentes e tinha o nome de um Santo diferente. Para que não houvesse privilégio de um Santo em detrimento de outro, o nome adoptado foi “de Todos os Santos”. Os Hospitais tinham sempre uma igreja, e

Competição interprofissional entre médicos e farmacêuticos: o caso da jurisdição da prescrição de medicamentos  
os doentes tinham assistência do corpo e da alma: podiam inclusivamente assistir à missa sem se levantarem. Aqui se desenvolvia primordialmente o exercício e o ensino da Cirurgia em Portugal. Era perto da Praça da Figueira, e com a construção do Metro, em 2001, foram encontrados vários vestígios arqueológicos.

Os doentes frequentavam também a “Casa das Águas”, onde era pormenorizadamente observado o aspecto da urina, a chamada uroscopia. Os doentes tinham, como pré-requisito, de se confessar antes da consulta.

No Porto, o primeiro grande hospital surgiu no século XVII, em 1605, na rua das Flores perto da Albergaria de D. Roque Amador (uma das casinhas de assistência médica): o Hospital de D. Lopo. Para o suceder, o Hospital de Santo António aparece apenas no séc. XVIII, e ficaria sempre algo inacabado. No entanto, está bem descrita a procissão de transferência dos doentes do Hospital de D. Lopo para este, em que a rua foi festivamente enfeitada com flores (Ferraz, 2005:3).

Ainda no Porto, o primeiro Hospital de Epidemiados era sediado na ainda existente Torre de Pedro Cem, para isolamento dos doentes com doenças epidémicas. É interessante ver que, apesar de não se conhecer ainda a existência de microrganismos e a etiologia do contágio, havia a noção de que existia este contágio. Era algo de negativo, que tornava necessário queimar as roupas, colocar troncos aromáticos a arder nas ruas, fazer procissões pelas estradas para acalmar a força das doenças, e colocar gado na rua para inspirar os miasmas libertados pelos doentes e purificar o ambiente.

Noutros sítios onde os portugueses estiveram também criaram hospitais famosos: o Hospital de Goa era considerado dos melhores, dado que os doentes recebiam uma alimentação riquíssima e dormiam em lençóis de seda. Os alunos da Escola Médico-Cirúrgica de Goa vinham apenas terminar os seus estudos a Portugal. Outras Escolas Médicas e Hospitais existiam nas colónias: em S. Paulo no Brasil, em Macau, etc..

No séc. XVI, XVII e XVIII, grande parte dos farmacêuticos e médicos portugueses eram de origem hebraica, mas saíram do país por intolerância religiosa. Deixaram no estrangeiro obras fantásticas, principalmente na zona de Flandres. No entanto gostavam de reafirmar as suas raízes, adoptando no nome, por exemplo, o apelido “Lusitano”.

Um exemplo era Amato Lusitano, de verdadeiro nome João Rodrigues de Castelo Branco, que viveu no séc. XVI. Contribuiu para a definição da circulação sanguínea. Escreveu 7 Centúrias, com 100 casos clínicos cada, e acabou por morrer na Grécia (Revista Ordem dos Médicos, 2011).

Na [Idade Média](#), era comum que o [médico](#) procurasse curar praticamente todas as doenças utilizando o recurso da sangria, principalmente, com a utilização de sanguessugas. Porém, neste período os conhecimentos avançaram pouco, pois havia uma forte influência da Igreja Católica que condenava as pesquisas científicas.

No período do [Renascimento Cultural](#) (séculos XV e XVI) houve um grande avanço da medicina. Movidos por uma grande vontade de descobrir o funcionamento do corpo humano, médicos buscaram explicar as doenças através de estudos científicos e testes de laboratório. Contudo, no século XVII, William Harvey fez uma nova descoberta: o sistema [circulatório](#) do sangue. A partir daí, os homens passaram a compreender melhor a [anatomia](#) e a fisiologia. No século XIX todo o conhecimento ficou mais apurado após a invenção



Competição interprofissional entre médicos e farmacêuticos: o caso da jurisdição da prescrição de medicamentos do microscópio acromático. Com esta invenção, [Louis Pasteur](#) conseguiu um enorme avanço para medicina, ao descobrir que as bactérias são as responsáveis pela causa de grande parte das doenças (Ferraz, 2005:4).

Felizmente, a medicina actual dispõe de inúmeras drogas capazes de curar, controlar e até mesmo de evitar inúmeras doenças. Aparelhos electrónicos sofisticados são capazes de fazer um diagnóstico apurado, passando informações importantes sobre o paciente. Os avanços nesta área são rápidos e possibilitam uma vida cada vez melhor para as pessoas.

### **3.3 Análise Sociológica da Profissão Farmacêutica.**

Enquanto processo histórico e social, o desenvolvimento da farmácia tem-se caracterizado pelas tensões entre relações de afirmação e expansão, em oposição aos fenómenos de interesses diversos que contribuem para sua desprofissionalização.

Resultado da expansão do capitalismo monopolista, o desenvolvimento das forças produtivas exigiu a reorganização e diversificação das modalidades de trabalho.

A concentração da produção em organizações complexas de grande porte, caracterizadas pela hierarquização e aumento da burocratização das funções, conduziram à fragmentação do processo produtivo, tanto de bens como de serviços, reduzindo a autonomia profissional e provocando a perda do controle sobre esse processo (Dias, 2010).

Independente das teorias sociológicas desenvolvidas para explicar o profissionalismo e as suas relações com o modelo económico dominante, observa-se que aquele fenómeno foi extensivo a todas as actividades profissionais, principalmente para aquelas baseadas num nível artesanal de organização da produção, mas também, nas profissões caracterizadas pela prestação de serviços.

Harding & Taylor (2001) fazem uma sumarização dos diferentes trabalhos que investigaram o *status* ocupacional da farmácia. Entre as conclusões, esses estudos consideram a farmácia como uma profissão incompleta, que apresenta um processo de desprofissionalização como consequência das mudanças ocorridas nas suas actividades principais ou mesmo na redução da sua autonomia profissional. Eles também apresentam os factores que constituem problemas para a profissionalização da farmácia: a tendência da população em representar o medicamento como objecto de consumo, a mercantilização do sector como factor conflituante com o ideal de prestação de serviços profissionais; a burocratização, a diminuição dos espaços de exclusividade e a incorporação de novas tecnologias (como a automação), associados à perda de controlo sobre a cadeia do medicamento contribuem para a redução da visibilidade e a autonomia profissional (Silva e Delizoicov, 2009:30).

Considerada portanto, a sua relação com o desenvolvimento do capitalismo, o cenário em que se operou a legitimação social da farmácia no último século configurou-se adverso para esta profissão. Instituído o processo industrial na produção de medicamentos, com o surgimento e expansão da indústria farmacêutica marcada nas últimas décadas pela oligopolização do sector, a actividade farmacêutica, historicamente

Competição interprofissional entre médicos e farmacêuticos: o caso da jurisdição da prescrição de medicamentos centrada na elaboração e dispensação do medicamento, foi radicalmente transformada (Silva e Delizoicov, 2009:31).

A cadeia produtiva foi diversificada nos sectores farmoquímico e farmacêutico e observa-se a rápida ampliação de indústrias na área de farmacobiotechnologia. Consequentemente, o aumento nas exigências e na complexidade tecnológica dos processos de desenvolvimento, produção e garantia da qualidade de insumos e medicamentos contribuiu para a tendência de especialização e burocratização das funções, bem como, a inserção de outros profissionais especializados para o desempenho das actividades na área. Deste modo reduz-se para a categoria farmacêutica, o poder de jurisdição e exclusividade sobre áreas que antes eram específicas, pela necessidade de um novo arranjo na divisão social do trabalho (Silva e Delizoicov, 2009:31).

Por outro lado, as exigências de articulação daquela estrutura de produção a uma logística de distribuição, que inclui grandes complexos empresariais, distribuidoras de medicamentos, redes de farmácias e pequenos estabelecimentos farmacêuticos com excessiva característica mercantil, aliado à inevitável diluição de responsabilidades entre os vários indivíduos que actuam no estabelecimento farmacêutico, pulverizou completamente aquela figura do farmacêutico que sintetizava, extraía, preparava, dispensava e por vezes administrava o medicamento. A sua imagem que oscilava entre o prestígio paroquial, a admiração e até mesmo ao folclore junto à comunidade na qual estava inserido, perdeu o sentido de ser, deixou de existir.

Para utilizar uma categoria da sociologia funcionalista de Parsons (1991), a crise de identidade da profissão tão discutida nos círculos académicos e profissionais, corresponde à perda gradual ou deslocamento do *papel social* da farmácia (Silva e Delizoicov, 2009:31).

Consideradas as clássicas actividades do farmacêutico, sob a perspectiva dos elementos propostos por Freidson (1988,1996) para caracterizar o profissionalismo, a farmácia perde poder e prestígio social, porque aos olhos da sociedade, o carácter discricionário dessas actividades, praticamente, não existe mais. A complexidade das actividades de produção é agora compartilhada com outros profissionais, algumas operações inclusive são realizadas por trabalhadores menos qualificados, graças à automação dos processos. Veja-se, por exemplo, a actividade de dispensação de medicamentos, é um acto que não necessita de *conhecimentos e habilidades discricionários*, já que constitui tão somente o acto de fornecimento ao consumidor de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e afins, a título remunerado ou não. A percepção do senso comum é a de que qualquer um pode fazer aquilo que o farmacêutico faz na farmácia (Silva e Delizoicov, 2009:31).

De facto, por aquela definição, nem há a necessidade de um indivíduo para proceder ao fornecimento em um cenário de incorporação de tecnologias, uma vez que já proliferam nas economias centrais, a figura da máquina de dispensar medicamentos, exemplo de muitas farmácias espalhadas pelo país onde o farmacêutico ou assistente de farmácia faz o pedido através do computador e é uma máquina que faz chegar o medicamento ao balcão.

A instalação do complexo médico-industrial encontrou um campo fértil para a imposição do consumo de tecnologias em saúde com base no discurso da racionalidade biomédica. O modelo que conduziu à especialização crescente dos profissionais da saúde (entre eles o farmacêutico) também contribuiu para uma fragmentação da visão de quem era o beneficiário dos serviços farmacêuticos (Dias, 2010).

Este movimento, de reorganização do trabalho, marcado pela incorporação/ incremento tecnológico e hiperespecialização reducionista, determinou ao longo do século XX, um sentido para o desenvolvimento da profissão farmacêutica.

Ao mesmo tempo em que o farmacêutico perdia a sua identidade, o seu conhecimento monopolizado e seu propósito social, pouca visibilidade aquele profissional detinha na sociedade a tal ponto de ser considerada dispensável a sua presença em lugares que antes eram identificados como seu espaço de actuação. A propósito, havia o espaço, o *locus* da sua prática profissional (ainda que não o único, mas aquele que era socialmente percebido), a saber, a farmácia e que, em função daquele processo, também se fragmentou em *farmácia hospitalar*, *parafarmácia* ou às farmácias de hipermercado, fenómeno que tem proliferado também em Portugal, devido à autorização da dispensa por qualquer superfície comercial de medicamentos não sujeitos a receita médica.

É importante ressaltar que esse processo não se restringiu à Farmácia. Como diz respeito ao movimento dinâmico de reorganização social das forças produtivas, implica na redefinição e legitimação de competências referentes a praticamente todas as profissões da saúde. Entender esse processo histórico e as suas implicações no desenvolvimento de uma profissão, o estudo pode auxiliar na compreensão do contexto do aparecimento do *Pharmaceutical Care* ou Atenção Farmacêutica (Hepler e Strand, 1990 *cit.* Silva e Delizoicov, 2009:30).

Uma revisão dos artigos indexados no site especializado PubMed sobre Atenção Farmacêutica, desde que a expressão *Pharmaceutical Care* surgiu em 1975, tem indicado alguns aspectos importantes para discussão:

- a) há um expressivo incremento de publicações nos últimos anos voltados para o tema - a maior parte das quais destinadas a demonstrar a sua aplicabilidade e utilidade, ou dito de outra forma, o seu impacto positivo e, portanto, à sua relevância social;
- b) os trabalhos reflectem uma variedade de concepções, metodologias e enfoques de investigação (das pesquisas qualitativas aos estudos experimentais), apesar da recorrência ao conceito de Atenção Farmacêutica desenvolvido por Hepler e Strand, percebem-se variações de concepção devidas ao significado que a tradução de *Pharmaceutical Care* pode adquirir em diferentes culturas, ao contexto da profissão farmacêutica e ao modelo de assistência em saúde de cada país (Silva e Delizoicov, 2009:32).

Esta dinâmica observada parece compatível, desde o ponto de vista da teoria do conhecimento, como da Sociologia das Profissões, com um momento de reorganização de um campo ou corpo de conhecimentos e técnicas, de transformação de modelos e de práticas, o que poderia significar um movimento de reorganização profissional.

Outro aspecto depreendido da literatura sugere a necessidade da qualificação (e *requalificação*) do farmacêutico voltada a um enfoque clínico, comunicativo, crítico e informativo para o desempenho da Atenção Farmacêutica.

Em suma, além da necessidade de enfrentar a questão dos conhecimentos e práticas, há uma questão de fundo epistemológico e ético sobre como esse conhecimento e essa prática, no limite da sua especificidade, pode efectivamente contribuir para a autonomia do ser humano.

Cipolle, Strand e Morley (2000) argumentam que, com o passar do tempo, as profissões da saúde *“evoluíram com uma conceitualização razoavelmente bem conhecida do que significa a prática das suas responsabilidades. Assim, por exemplo, quase todos os médicos conhecem tacitamente sua função e suas responsabilidades e as regras que definem a prática médica”*.

Por outro lado, os farmacêuticos não atingiram este conhecimento tácito. Isto pode ajudar a explicar por que o Estado e a sociedade têm dificuldade em reconhecer o farmacêutico como um profissional de saúde e por que este, geralmente, não fazer parte de equipas de saúde que têm a sua prática centrada no paciente.

A farmácia, como profissão, acabou por criar a sua própria série de regras. Os membros desta profissão isolaram-se, consciente ou inconscientemente, do resto do sistema de saúde sob o argumento de serem diferentes.

Este isolamento permitiu aos farmacêuticos criar seu próprio vocabulário, estabelecer as suas próprias normas de qualidade no exercício profissional e determinar sua própria série de regras (Cipolle, Strand e Morley: 2000). Ao manter-se tão isolada, a profissão fica impedida de compartilhar e aprender o conjunto de regras e práticas que se aplicam às demais profissões de saúde.

No momento em que o Sistema de Saúde passa por importantes transformações, a Farmácia encontra-se sem um vocabulário compreendido por todos, sem uma prática disciplinada e respeitada e sem uma função claramente diferenciada e reconhecida socialmente.

Um aspecto interessante a destacar, diz respeito ao equívoco do discurso que se construiu como uma ideologia da utilidade e da missão da prática profissional do farmacêutico como fornecedor de informações sobre o uso de medicamentos. O equívoco aqui repousa na fragilidade do discurso e sua inconsistência em assegurar uma função relevante para a profissão, na medida em que o farmacêutico compartilha essa função com outras profissões, como a medicina, por exemplo, ou mesmo se considerarmos a profusão de informação sobre medicamentos, ressalvado o facto de que há grande variação na sua qualidade e idoneidade, a constatação de que a informação está disponível nas bulas de medicamentos, em publicações populares sobre saúde, em sítios na internet, enfim, na sociedade que consome tecnologia e procura cada vez mais por informação, tendendo-se a banalizar e superficializar o seu conteúdo, o efeito colateral para a farmácia, sob a óptica da teoria social da desprofissionalização, é que, ao estruturar um discurso de prática profissional com o foco somente na informação, parece pouco relevante para a sociedade.

Nesse sentido cabe a crítica que Hepler faz no foco dos serviços clínicos com ênfase quase que exclusiva na informação adoptado pela Farmácia a partir dos anos 60: *"no contexto dos critérios de Larson para a caracterização dos serviços profissionais, tal definição de serviços clínico-farmacêuticos não faz saber à sociedade o valor máximo desses serviços. As profissões existem para atender as necessidades da sociedade, não para realizar funções isoladas. Exercer somente funções informativas parece menos importante [ou valioso] à sociedade - parece ter menos impacto nas condições de saúde - do que a aceitação da responsabilidade pelo uso apropriado dos medicamentos, incluindo sua provisão aos pacientes"* (Silva e Delizoicov, 2009:33).

### **3.4 Evolução histórica da Profissão Farmacêutico.**

Os primeiros boticários terão surgido em Portugal provavelmente ainda no século XIII.

A longa presença árabe na península não terá deixado de ter consequências no que respeita à especialização nas profissões ligadas à saúde, mas não se conhecem vestígios da farmácia árabe no território hoje ocupado por Portugal, salvo algumas breves passagens sobre medicamentos na literatura da época. O comércio de especiarias é atestado por vários documentos desde o século XII (Dias, 2005).

Os boticários surgiram depois dos especieiros e coexistiram com estes ainda durante algum tempo. O primeiro diploma respeitante à profissão farmacêutica que se conhece em Portugal data de 1338 e determinou a obrigatoriedade de serem examinados pelos médicos do rei todos os que exerciam os ofícios de médico, cirurgião e boticário na cidade de Lisboa.

Em meados do século seguinte foi promovida a vinda do Mestre Ananias e de outros boticários de Ceuta, da qual resultou a famosa carta de 1449 que atribui vários privilégios e isenções aos boticários (Dias, 2005).

#### **Separação entre as profissões médica e farmacêutica**

A separação entre as profissões médica e farmacêutica foi regulamentada em 1461. As questões relativas ao exercício das profissões sanitárias encontravam-se debaixo da alçada do Físico-mor do reino enquanto a administração das questões sanitárias relacionadas com epidemias e salubridade estava atribuída ao Provedor-mor da Saúde.

Fenómeno singular na Península Ibérica é com certeza a existência de mulheres boticárias em Portugal. A mais antiga referência diz respeito a uma boticária em Lamego em 1326. Nos séculos XV e XVI surgem outras referências a mulheres boticárias, ligadas a senhoras da alta nobreza (Dias, 2005).

#### **Período quinhentista**

O período quinhentista foi um dos mais ricos da história da farmácia portuguesa. Logo no início do século XVI encontra-se um elevado número de boticários portugueses no Oriente, alguns dos quais foram encarregados de missões de grande responsabilidade.

De todos, Tomé Pires foi o que mais se destacou. Partindo para a Índia em 1511, foi o primeiro embaixador português enviado à China e o autor da Suma Oriental, a primeira descrição europeia da Malásia e a mais

Competição interprofissional entre médicos e farmacêuticos: o caso da jurisdição da prescrição de medicamentos antiga e extensa descrição portuguesa do Oriente.

O Colóquio dos simples e drogas e coisas medicinais da Índia (Goa, 1563) do médico Garcia de Orta (1501-1568) foi a primeira descrição rigorosa feita *in loco* por um europeu das características botânicas, origem e propriedades terapêuticas de muitas plantas medicinais que, apesar de conhecidas anteriormente na Europa, o eram de maneira errada ou muito incompleta

O contributo dos portugueses para o conhecimento da matéria médica africana e brasileira ficou muito aquém do nível observado no Oriente. A matéria médica do Atlântico meridional despertou inicialmente pouco interesse entre os autores médicos portugueses, devendo-se a maior parte dos contributos para o seu conhecimento a colonos, missionários, militares e viajantes.

A primeira tentativa de levar a cabo um estudo organizado e sistemático da história natural ultramarina teve lugar nas duas últimas décadas do século XVIII, através de um conjunto de expedições científicas ao Brasil e África, levadas a cabo por naturalistas formados em Coimbra, onde se destaca a viagem de Alexandre Rodrigues Ferreira ao Brasil (Dias, 2005).

### Medicamentos químicos

A utilização dos medicamentos químicos foi aceite de forma pacífica pela comunidade médica portuguesa apenas na viragem do século XVII para o XVIII. Esta aceitação reflectiu-se na literatura farmacêutica, particularmente na 2.<sup>a</sup> edição da Farmacopeia Lusitana (1711) e nas farmacopeias Ulissiponense (1716) e Tubalense (1735).

Apesar da sua introdução na literatura, observou-se uma resistência à utilização das técnicas químicas, com uma tendência para a aquisição aos droguistas de substâncias já transformadas, de forma a evitar o investimento necessário à realização de operações laboratoriais, o que se deveu às características sócio-económicas da Farmácia portuguesa dos séculos XVII e XVIII.

O carácter de ofício mecânico e toda a estrutura sócio-profissional do sistema farmacêutico português travaram a renovação técnico-científica até ao século XIX (Dias, 2005).

### Farmácia conventual

Por outro lado, a Farmácia conventual teve grande projecção técnico-científica e prestígio. Existiam boticas em muitos conventos e mosteiros, sendo famosas as dos cónegos regantes de Santo Agostinho, dos dominicanos e dos jesuítas.

Muitas não se limitavam a fornecer as próprias ordens, vendendo medicamentos ao público. Entre as novas ocupações que tomaram um impulso renovado durante o século XVIII, destacou-se o fabrico de remédios secretos, que tiveram muita aceitação, sendo preparados e vendidos por portugueses e estrangeiros de todas as profissões (Dias, 2005).

### O ensino farmacêutico

Até ao século XIX, a transmissão dos saberes farmacêuticos foi realizada através da aprendizagem nas boticas. Esta era seguida de um exame, regulado desde o século XVI até ao XIX pelo Regimento do Físico-

Competição interprofissional entre médicos e farmacêuticos: o caso da jurisdição da prescrição de medicamentos  
mor do Reino (1521).

No campo das profissões de saúde, o ensino de nível superior estava reservado aos médicos. As deficiências da transmissão do saber não se limitaram à aprendizagem. Só no Século XVIII começaram a aparecer livros escritos por e para os boticários.

O primeiro formulário escrito por um boticário e em língua portuguesa foi a Farmacopeia Lusitana (1704), de D. Caetano de Santo António, boticário no Mosteiro de Santa Cruz de Coimbra. A introdução das novas técnicas químicas, assim como os avanços observados na Ciência dos séculos XVII e XVIII, vieram tornar manifestas as insuficiências do sistema de aprendizagem, mas os boticários portugueses não criaram qualquer forma organizada de ensino da Química ou da Botânica. As únicas tentativas de suprir as insuficiências da aprendizagem nas boticas, surgiram por iniciativa da coroa através de boticas estatais, com destaque para o Dispensatório Farmacêutico da Universidade de Coimbra. O ensino superior farmacêutico só nasceu verdadeiramente em 1836, com a criação das Escolas de Farmácia anexas à Faculdade de Medicina de Coimbra e às Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto.

Apesar da existência das Escolas de Farmácia, foi mantida a antiga via de acesso, através da aprendizagem nas boticas, seguida de um exame final, o que levou a que o curso regular fosse sempre muito pouco concorrido.

Só em 1902 se terminou com esta situação, quando as Cortes aprovaram uma reforma que obrigava todos os candidatos a farmacêuticos à frequência do Curso de Farmácia (Dias, 2005).

A formação de um farmacêutico, começa com o curso superior (actualmente Mestrado Integrado) em Ciências Farmacêuticas. Terminado o curso e inscrição como Farmacêutico na Ordem dos Farmacêuticos, é esta organização profissional que atribui o título de farmacêutico, vem a especialização. A especialidade, é uma formação complementar, com duração variável (mínimo de 4 anos), à qual o farmacêutico concorre junto da Ordem dos Farmacêuticos, e onde se especializa numa determinada área de intervenção, durante uma formação continuada e supervisionada por um Farmacêutico Especialista (responsável pela especialização), no final o Farmacêutico obtém o título de Farmacêutico Especialista numa determinada área de intervenção, com a agregação no Colégio dessa especialidade na Ordem dos Farmacêuticos. Actualmente existem os seguintes colégios de especialidade na Ordem dos Farmacêuticos: Análises Clínicas, Farmácia Hospitalar, Indústria Farmacêutica, Farmácia Comunitária e Assuntos Regulamentares.

Ao longo da sua vida profissional, os farmacêuticos, para manterem o seu título profissional e a autorização para exercer a sua profissão, têm obrigatoriamente (estabelecido em diploma legal) de fazer cursos de formação contínua, que lhe dão créditos (pontos) para a revalidação da carteira profissional e, se não obtiverem os créditos necessários, são excluídos da profissão.

## A primeira Farmacopeia oficial

A primeira farmacopeia oficial foi a Farmacopeia Geral (1794) de Francisco Tavares, antigo professor de Matéria Médica em Coimbra, mas a primeira a ser escrita por uma comissão de médicos, farmacêuticos e químicos surgiria oito décadas depois.

Elaborada num período de rápido desenvolvimento das ciências, a Farmacopeia Portuguesa (1876) envelheceu muito depressa, mas apenas viria a ser substituída em 1935. Até 1835, os boticários estiveram presentes nas bandeiras de S. Miguel, com funções predominantemente profissionais e nas confrarias dos Santos Cosme e Damião, com funções religiosas.

Enquanto que nas bandeiras os boticários se encontravam agrupados com outros ofícios mecânicos alheios ao sector da saúde, as Confrarias dos Santos Cosme e Damião incluíam igualmente médicos e cirurgiões (Dias, 2005).

## Sociedade Farmacêutica: antecessora da Ordem dos Farmacêuticos

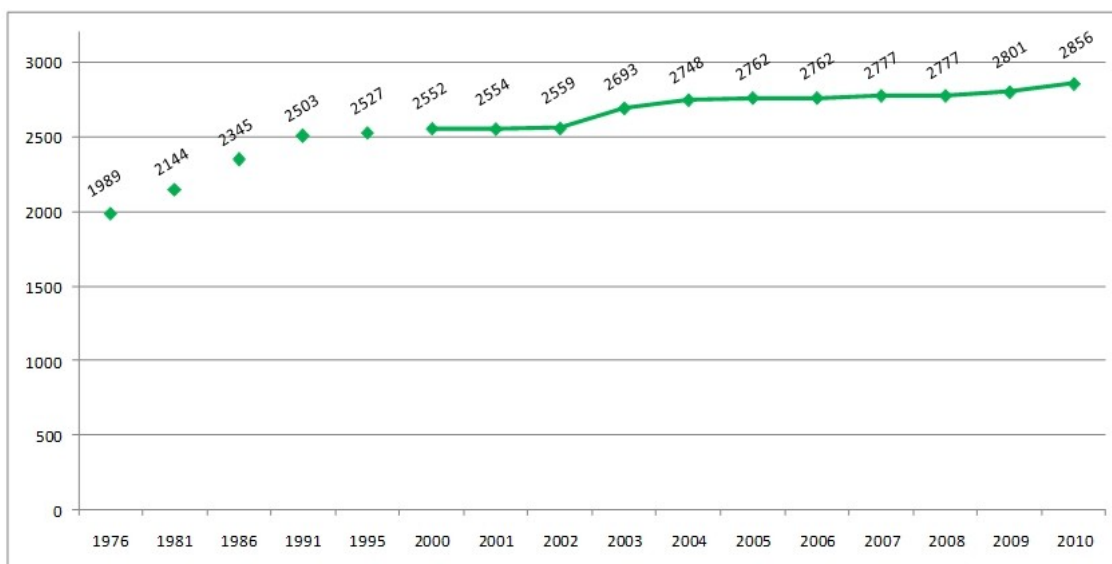
A Sociedade Farmacêutica nasceu das aspirações de justiça criadas pelas ideias liberais. Em Julho de 1834, cerca de centena e meia de farmacêuticos de Lisboa subscreveram uma petição pedindo a suspensão das inspecções do físico-mor, a liberalização dos preços dos medicamentos e a reforma da legislação sobre o exercício farmacêutico.

No ano seguinte, animados pela suspensão das atribuições do físico-mor, fundaram a Sociedade Farmacêutica. A Sociedade manteve uma tradição de intensa actividade científica e laboratorial, desenvolvendo trabalhos e estudos no âmbito da hidrologia, da farmácia, da bromatologia, da higiene, da toxicologia e da química aplicada e publicando o Jornal da Sociedade Farmacêutica, de 1836 a 1933. Directa ou indirectamente, a Sociedade influenciou as reformas e a produção legislativa de importância para a farmácia. A sua campanha pela reforma do ensino e do exercício farmacêutico produziu frutos. Em 1836 foram criados os cursos farmacêuticos e no ano seguinte foi criado o Conselho de Saúde Pública que substituiu o físico-mor e integrava dois farmacêuticos. A Sociedade teve um papel igualmente pioneiro no campo do mutualismo, com a instituição em 1838 do Montepio Farmacêutico. Em 1935, todas as associações farmacêuticas foram obrigadas pelo Estado Novo a fundirem-se e a integrarem o Sindicato Nacional dos Farmacêuticos. Os farmacêuticos portugueses do século XIX iniciaram um longo processo de ascensão social e de afirmação profissional que os aproximaria do nível cultural e de formação técnico-científica dos médicos. No século passado, muitos farmacêuticos se destacaram em vários sectores da vida nacional, tanto política como científica, em número que seria impensável nos séculos anteriores (Dias, 2005).



O quadro apresentado em baixo, mostra-nos a evolução do número de farmácias em território nacional e as existentes até ao ano de 2010.

Tabela 2: Evolução do número de Farmácias em Portugal.



Fonte: <http://www.anf.pt>, consultado a 13 de Abril de 2011

## **B. COMPETIÇÃO INTERPROFISSIONAL ENTRE MÉDICOS E FARMACÊUTICOS PELA JURISDIÇÃO SOBRE A PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS (análise entre 2007 e 2011)**

### **4. Metodologia.**

Uma investigação é antes de mais uma vontade de compreender, ou *“por definição algo que se procura (...) um caminhar para um melhor conhecimento e deve ser aceite como tal, com todas as hesitações, desvios e incertezas que isso implica”* (Quivy: 1992). Elaborar uma investigação exige uma atitude científica por parte do investigador, que pressupõe um trabalho de ruptura com as explicações do senso comum e uma construção do saber teoricamente fundamentada.

Este trabalho de investigação tem como enfoque a problemática da jurisdição sobre a prescrição de medicamentos. Concretamente, sobre a competição entre médicos e farmacêuticos pela jurisdição da prescrição de medicamentos. É esta uma jurisdição exclusiva dos médicos? Deverá ser partilhada com os farmacêuticos? E terão estes competências profissionais e académicas para tal? Qual é a realidade actual? Qual a posição tomada por cada grupo profissional, médicos e farmacêuticos, sobre este assunto? Como problematizar quer os movimentos estratégicos orientados para mudar a este respeito o estado da atribuição jurisdicional e como interpretar e projectar as acções dos competidores.

*“Qual a essência dos principados, de quantas espécies podem ser, como são conquistados, conservados e por que se perdem”* escreveu Maquiavel, o que surge aqui muito a propósito (Maquiavel: 1994).

Tentando fazer uma revisão de literatura sobre o tema, ou seja, segundo Sampieri (2006), identificar, obter e consultar a bibliografia e outros materiais úteis para os objectivos de estudo, do qual se deve extrair e recompilar as informações relevantes e necessárias sobre o problema de pesquisa, não encontramos investigação ou compilação de dados sobre o assunto da competição jurisdicional sobre a prescrição de medicamentos entre médicos e farmacêuticos em Portugal, além dos comunicados oficiais emanados das organizações profissionais (Associações e Ordens) e aquilo que aparece relatado na imprensa escrita. De facto, vários autores se debruçaram sobre temas semelhantes, mas nenhum concretamente tratou a temática em questão, o que, consideramos, contribui para atribuir relevância a este trabalho.

Tendo em conta a temática do estudo e a escassa disponibilidade de materiais, a metodologia de recolha de dados seleccionada foi a pesquisa bibliográfica, documental e a análise de conteúdo. Trabalhou-se essencialmente através da pesquisa e análise de textos legais e da consulta e

recolha de dados secundários (compilação de estatísticas e consulta de bases de dados de imprensa e comunicados de imprensa).

A pesquisa de imprensa cobriu o período temporal entre 1 de Janeiro de 2007 e 31 de Março de 2011, e foi realizada em sítios da internet de periódicos nacionais e nas bases de dados da Associação Nacional de Farmácias, da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Farmacêuticos depois da abordagem exploratória ter estabelecido ser esse o período mais relevante da competição efectiva travada pelo controlo da prescrição de medicamentos por médicos e farmacêuticos em Portugal, que recrudescendeu recentemente. Beneficiámos ainda de trabalho de *clipping* realizado pela empresa LPM Comunicação, consultora de imprensa da Associação Nacional de farmácias (ANF) que de perto seguiu esta problemática.

Para este período temporal, analisámos também as posições oficiais e comunicados de imprensa emitidos pela Ordem dos Médicos (OM), pela Ordem dos Farmacêuticos (OF), pela ANF e pelo Estado, em especial através do Ministério da Saúde. Não se identificou qualquer tomada de posição relevante da sociedade em geral através de qualquer modo de associativismo ou intervencionismo organizado, pelo que esse actornão foi aqui, explicitamente, considerado.

Nesta segunda parte do trabalho, isto é, na sua parte B que agora iniciamos, tratamos de três assuntos distintos, nos pontos 4, 5 e 6.

No ponto 4, onde nos encontramos, apresenta-se a metodologia utilizada para desenvolvimento da dissertação.

Depois, no ponto 5, é feita uma caracterização da indústria farmacêutica em Portugal, por forma a dar um enquadramento actual de parte importante do sistema onde as relações dos competidores se enquadram.

Por fim, no ponto 6, apresentam-se as análises e conclusões do trabalho.

No ponto 6.1, apresenta-se a evolução do processo de prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI) e no ponto 6.2 a evolução temporal da problemática, nomeadamente evolução do discurso dos intervenientes entre 2007 e 2011.

A partir do ponto 6.3 apresentam-se as “tendências”, em termos de opinião e desenvolvimento da questão da prescrição por DCI e respectiva competição pela prescrição de medicamentos. É feita também uma análise anual entre 2007 e 2011.

Posteriormente, apresentam-se as posições oficiais dos intervenientes: OM, OF e ANF<sup>2</sup>, quanto às questões colocadas nos pontos anteriores.

---

<sup>2</sup> A ANF representa a maioria das farmácias portuguesas. As restantes estão ligadas à Associação de Farmácias de Portugal.

E terminamos com a apresentação e discussão das conclusões.

Antes de progredirmos, há que dar ainda destaque ao modelo de abordagem ao problema que seguimos, e que decorre essencialmente da aplicação dos pressupostos da análise sistémica de Andrew Abbott à análise do problema. Na sua base definimos as seguintes hipóteses de partida:

Hipótese 1: A competição jurisdicional entre médicos e farmacêuticos foi essencialmente despoletada por factores externos isto é, por alterações contextuais relevantes em sentido legal, organizacional ou cultural.

Hipótese 2: A competição jurisdicional entre médicos e farmacêuticos foi essencialmente despoletada por factores internos isto é, ocorreram mudanças significativas em termos de conteúdo na actividade e nos pressupostos da actividade dos médicos e farmacêuticos.

Hipótese 3: A sociedade reconhece conhecimento académico suficiente aos farmacêuticos para que partilhem com os médicos o acto de prescrição de medicamentos.

## **5. Enquadramento.**

### **5.1 O conhecimento académico e a interdisciplinaridade.**

A educação, através dos conhecimentos que veicula, e das normas, valores e comportamentos que transmite contribui, como defende Dubar (1991), para a construção de uma identidade profissional reivindicada. No entanto, é no confronto com o mercado de trabalho que a dupla transacção entre uma identidade profissional para si e uma identidade profissional para o outro ocorre. A identidade profissional é, então, o resultado de um processo biográfico e de um processo relacional, de uma transacção objectiva entre uma identidade atribuída e uma identidade proposta.

No entanto, as transformações ocorridas no sistema educativo, no mercado de trabalho e nas políticas sociais têm confrontado os indivíduos e os grupos profissionais com processos de negociação e de renegociação identitárias cada vez mais complexas. A diversificação do sistema de ensino superior e a passagem de alguns cursos a licenciatura são responsáveis pela emergência de novos grupos profissionais, envolvidos em processos de profissionalização através da luta pelo reconhecimento da sua *expertise* (Freidson, 1994) num processo de competição interprofissional (Abbott, 1988). Mas as transformações no campo do ensino superior estão também na origem da emergência de processos de renegociação identitária nos contextos de trabalho. Por sua vez, o aumento da precariedade, a contracção do emprego público, a difusão de novos modelos de organização do trabalho e de novas formas de trabalhar têm também

contribuído para a complexidade dos processos de construção das identidades profissionais ou mesmo para a sua crise, como Dubar (2000) sustenta.

### **O conceito de interdisciplinaridade.**

A interdisciplinaridade caracteriza-se pelo vigor das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração legítimo das disciplinas na essência de um mesmo projecto de pesquisa. De acordo com Vilela (2003), o termo interdisciplinaridade não possui ainda um sentido único e estável, no entanto, a definição acima pode ser considerada um princípio das suas inúmeras distinções terminológicas.

A interdisciplinaridade também é uma questão de atitude, relação de harmonia, mutualismo, que implica uma atitude diferente a ser adoptada diante do problema do conhecimento, ou seja, é a substituição de uma compreensão fragmentária para unitária do ser humano. Ainda Vilela (2003), descreve que a interdisciplinaridade está também associada ao desenvolvimento de certos traços da personalidade, tais como: flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação, sensibilidade, fazendo-se se necessário um treino na “arte de entender e esperar, um desenvolvimento no sentido da criação e da imaginação”.

### **A interdisciplinaridade não se ensina nem se aprende, apenas se vive e exerce.**

Partindo do conceito de disciplina como um modo de estabelecer e delimitar um território de trabalho, de reunir a pesquisa e as experiências dentro de um determinado ângulo de visão, diferentes níveis de interdisciplinaridade, conforme o grau de integração das disciplinas que são reagrupadas num determinado momento Vilela (2003), destaca que vários autores têm estabelecido classificações diferentes para expressar as modalidades possíveis de interdisciplinaridade. De entre elas, a mais conhecida é a distinção realizada por Erich Jantsch<sup>3</sup>, que consta de cinco níveis, onde será descrita somente interdisciplinaridade: caracterizada por uma interacção existente entre duas ou mais disciplinas, em contexto de estudo de âmbito mais colectivo, no qual cada uma das disciplinas em contacto é, por sua vez, modificada e passa a depender claramente uma(s) da(s) outra(s). Resulta em enriquecimento recíproco e na transformação das suas metodologias de pesquisa e conceitos (Alves, Canário, 2008:2).

A interdisciplinaridade é considerada afinidade e intercâmbio das disciplinas a fim de alcançar um objectivo comum. Nesse caso, ocorre uma concentração conceitual dos métodos e estruturas em

---

<sup>3</sup> (1929-1980) astrofísico austríaco escreveu o livro *The Self-Organizing Universe: Scientific and Human Implications of the Emerging Paradigm of Evolution*. O livro trata da auto-organização como paradigma unificador de evolução que incorpora cosmologia, biologia, sociologia, psicologia e consciência.

que as potencialidades das disciplinas são exploradas e amplificadas. Estabelece-se uma interdependência entre as disciplinas, busca-se o diálogo com outras formas de conhecimento e com outras metodologias, com o objectivo de construir um novo conhecimento. Dessa maneira, a interdisciplinaridade apresenta-se como resposta à diversidade, à complexidade e à dinâmica do mundo actual (Alves, Canário, 2008:2).

A interdisciplinaridade também é abrangida, de forma radical, como atitude de superação de toda e qualquer visão despedaçada que ainda mantemos de nós mesmos, do mundo e da realidade. Apesar da frequência com que o tema aparece nas discussões actuais, a interdisciplinaridade ainda é incipiente desenvolvida em todos os campos do conhecimento e é pouco empreendida no campo da educação (Alves, Canário, 2008:3).

O ensino baseado na interdisciplinaridade tem grande poder estruturador, pois os conceitos e procedimentos encontram-se organizados em torno de unidades mais globais, em que várias disciplinas se articulam.

A interdisciplinaridade é também percebida como um diálogo que permite a evolução das disciplinas em nível de método e perspectiva; é uma sugestão de ligar o conhecimento científico e a complexidade do mundo vivido, para a medida do humano no cultivo da ciência, visando a superação da dicotomia entre teoria e prática (Alves, Canário, 2008:4)

Sendo assim, interdisciplinaridade é um conceito que se aplica às ciências, à produção do conhecimento e ao ensino, especialmente em áreas que procuram, de forma directa, a interdisciplinaridade, como por exemplo, a saúde.

Apesar de estarmos a tratar de competição interprofissional não nos podemos esquecer que quer médicos quer farmacêuticos, trabalham conjuntamente nas mais diversas situações, incluindo no tratamento dos doentes e portanto os seus saberes conjugam-se, existindo interdisciplinaridade nos seus saberes (Alves, Canário, 2008:4).

## **5.2 Caracterização da indústria farmacêutica.**

A indústria farmacêutica começou-se a desenvolver em Portugal na última década do século XIX. O primeiro investimento importante foi a Companhia Portuguesa Higiene, uma sociedade anónima fundada em 1891 com um capital muito apreciável para a época.

A Companhia introduziu em Portugal o fabrico de grânulos dosimétricos e iniciou por volta de 1893 o fabrico de comprimidos. Apesar da renovação técnica representada, em termos locais, pela sua

actividade, a Companhia Higiene baseou-se exclusivamente no desenvolvimento de similares da indústria estrangeira. Numa época de profundas transformações nas ciências biomédicas, a indústria portuguesa mais desenvolvida manifestou um grande alheamento em relação às aplicações farmacêuticas da Biologia (Silva, 2008:6).

Embora a reforma do ensino farmacêutico de 1902 tivesse constituído um avanço significativo em relação à situação anterior, as matérias ministradas no novo plano de estudos continuavam longe de estar a par com os contributos científicos de finais do século passado, com uma reduzida componente curricular no campo da Biologia.

A produção de vacinas e de antitoxinas foi de início deixada inteiramente na mão de sectores alheios à produção de medicamentos. A primeira firma farmacêutica cuja expansão se começou a desenhar no sentido das aplicações da Biologia foi a Farmácia Freire de Andrade, a cujos laboratórios se deve o início em 1894 da preparação em Portugal de injectáveis em ampolas de vidro (Silva, 2008:6).

A pauta aduaneira de 1892 criou condições para a proliferação de laboratórios de especialidades farmacêuticas, de forma que a Grande Guerra veio encontrar uma indústria farmacêutica suficientemente equipada para responder às faltas de abastecimento em produtos medicinais.

A guerra obrigou a um esforço complementar de produção, com o aparecimento de novas indústrias subsidiárias e de novos laboratórios. O período do pós-guerra surgiu como um dos mais promissores para a indústria farmacêutica portuguesa, dominando um ambiente de optimismo que esfriou com a diminuição da protecção às especialidades nacionais pela nova pauta aduaneira de 1923.

O volume de negócios das empresas portuguesas aumentou de 317 milhões de euros em 2001 para 471 milhões de euros em 2005 (Apifarma, 2005).

Trata-se do volume de negócios das empresas: Laboratórios Azevedos, Basi, Bial, Bluepharma, Edol, Farma APS, Iberfar, Jaba, Labesfal, Medinfar, OM Portuguesa, Lusomedicamenta, Tecnimede, Vida (Atral Cipan), Vitória. Treze destas empresas pertencem ao Projecto PharmaPortugal que é um projecto laboratórios farmacêuticos portugueses – todos eles com capital 100 por cento nacional. Estabeleceram uma parceria com o ICEP, a Apifarma e o INFARMED para promover a exportação de medicamentos. São eles a Basi, Bial, Bluepharma, Edol, Iberfar, Jaba, Labesfal, Laboratórios Azevedos, Lusomedicamenta, Medinfar, Tecnifar, Tecnimede e Vida. Embora no seu conjunto tenham apenas subsidiárias em Angola, Argentina, Brasil, Cabo Verde, Espanha, Marrocos, Moçambique e Peru, estes laboratórios estão presentes nos mercados farmacêuticos de cerca de oitenta países (Apifarma, 2005).

A nível internacional a Indústria Farmacêutica tem registado um crescente sucesso desde o final dos anos 80, alcançando impressionantes taxas anuais de crescimento, acima dos 10 por cento, com o conseqüente crescimento dos lucros.

Este sucesso tem assentado essencialmente na Investigação e Desenvolvimento (de produtos), defesa agressiva das patentes e uso da mais importante ferramenta promocional, uma força de vendas poderosa (Moss e Schuiling 2004).

No entanto, este cenário verdadeiramente apetecível tem sofrido algumas alterações no decorrer dos últimos anos como consequência do aparecimento de uma conjuntura internacional mais reguladora e por isso mais limitativa em relação às empresas que operam no mercado de produtos farmacêuticos.

Estas alterações prendem-se com diversos factores, tais como:

- a diminuição dos valores de comparticipação assegurados pelos diversos Serviços Nacionais de Saúde;
- a crescente exigência de dados de segurança para a introdução de novos produtos e a conseqüente diminuição do prazo de retorno face ao investimento, considerando que a protecção às patentes registadas não sofreu alterações e situa-se nos vinte anos a partir do registo da nova molécula;
- o aumento dos custos associados à Investigação e Desenvolvimento de novas moléculas;
- o aparecimento dos medicamentos genéricos, sendo a sua utilização fomentada pelo aparecimento de directivas estatais nesse sentido.

Meyer e Muller (2006), identificam ainda como novos desafios da indústria farmacêutica, a dificuldade de acesso aos prescritores, a fraca lealdade por parte dos consumidores e a pressão contínua para redução de preços e a imagem negativa perante a opinião pública (Silva, 2008:8).

Torna-se assim evidente para as empresas que operam neste mercado, a necessidade de criar novas vantagens competitivas, nomeadamente de forma a que haja uma afirmação continuada da sua credibilidade junto de um mercado muito peculiar – a classe médica.

As empresas desta indústria centram as suas atenções na criação de *blockbusters*, ou seja, em produtos que registam vendas exemplares em relação ao histórico da empresa e da própria indústria, atingindo vendas anuais de 1 bilião de dólares (www.imshealth.com, 2011); procuram



fórmulas para torná-los maiores e acelerar o processo, mas não se preocupam em estabelecer o conceito de marca corporativa (Moss e Schuiling, 2004).

Note-se que, em 1991, os *blockbusters* contribuíram apenas com seis por cento das vendas globais, subindo esta contribuição para quarenta e cinco por cento, apenas uma década mais tarde (Moss e Schuiling, 2004).

Em baixo, são apresentadas as 15 maiores empresas da indústria farmacêutica, a nível mundial e o seu volume de facturação.

Tabela 3: Top 15 das Companhias Farmacêuticas Mundiais.

Top 15 Global Corporations, 2009, Total Audited Markets						
2009 rank (US\$)		2009 Sales (US\$ MN)	2008 Sales (US\$ MN)	2007 Sales (US\$ MN)	2006 Sales (US\$ MN)	2005 Sales (US\$ MN)
Global Market	0	752,022\$	727,067\$	671,164\$	609,614\$	568,047\$
PFIZER	1	57,024\$	58,677\$	59,909\$	59,415\$	59,204\$
MERCK & CO	2	38,963\$	39,488\$	39,365\$	35,965\$	33,676\$
NOVARTIS	3	38,460\$	36,684\$	34,479\$	31,653\$	29,427\$
SANOFI-AVENTIS	4	35,524\$	36,437\$	34,390\$	31,843\$	31,286\$
GLAXOSMITHKLINE	5	34,973\$	36,736\$	37,620\$	36,212\$	34,222\$
ASTRAZENECA	6	34,434\$	32,498\$	29,999\$	27,311\$	24,420\$
ROCHE	7	32,763\$	30,285\$	27,232\$	23,168\$	19,706\$
JOHNSON & JOHNSON	8	26,783\$	29,638\$	29,010\$	27,615\$	26,771\$
LILLY	9	20,310\$	19,042\$	17,177\$	15,176\$	13,977\$
ABBOTT	10	19,840\$	19,401\$	17,359\$	15,971\$	14,715\$
TEVA	11	15,947\$	15,143\$	13,295\$	11,664\$	9,677\$
BAYER	12	15,711\$	15,887\$	14,103\$	12,329\$	11,588\$
BOEHRINGER INGEL	13	15,275\$	14,109\$	12,556\$	11,320\$	10,385\$
AMGEN	14	15,038\$	15,281\$	15,900\$	15,932\$	13,162\$
TAKEDA	15	14,352\$	13,835\$	12,754\$	11,786\$	11,265\$

Fonte: Carvalho, 2007:53.

## 6. Análise e conclusões.

Apresentamos o modelo de abordagem no início deste capítulo como base da explicação quer da análise que irá ser feita sobre as tomadas de posição dos intervenientes, quer como ponto orientador para as conclusões.

Imagem 2: Modelo de Abordagem.

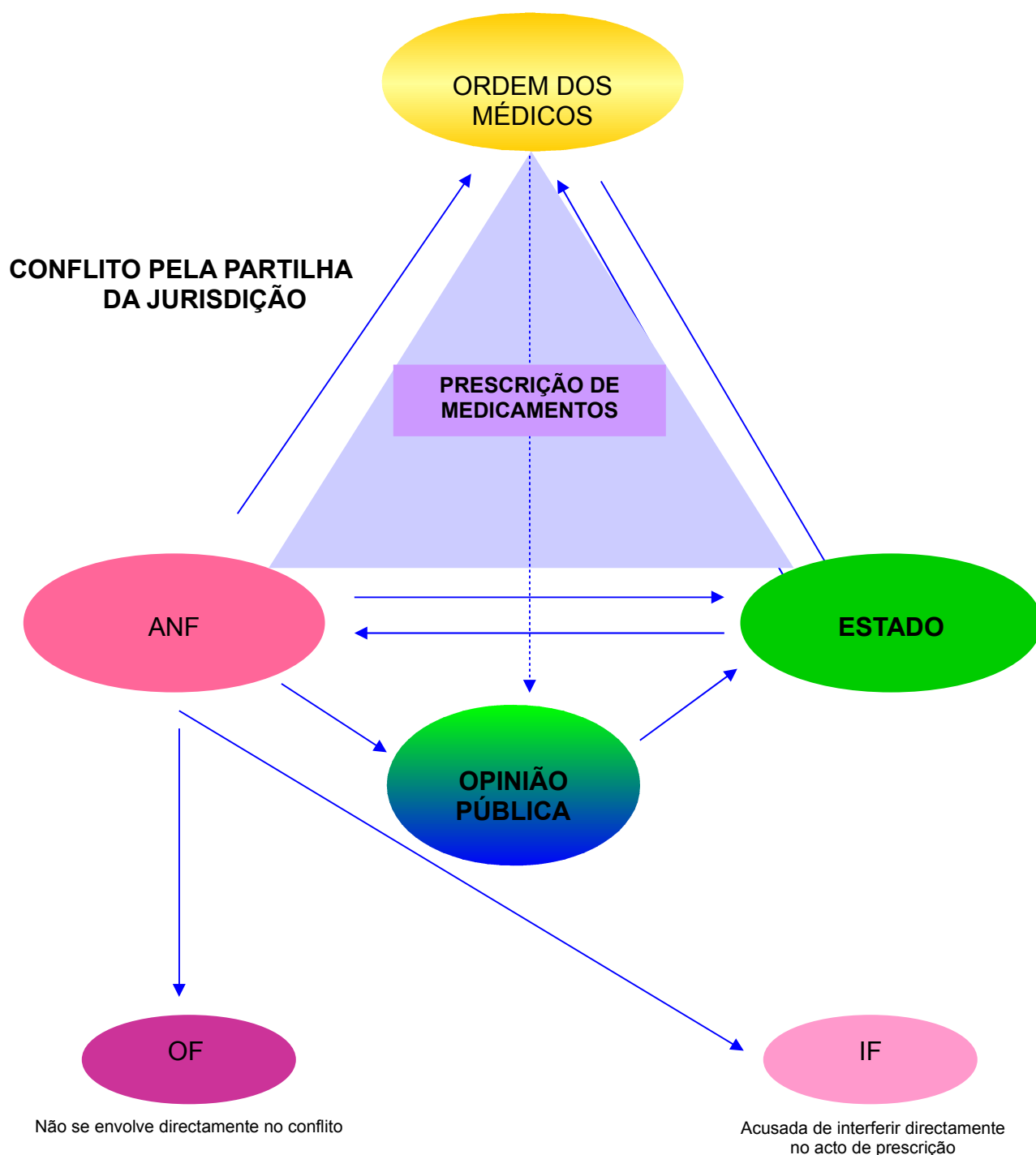
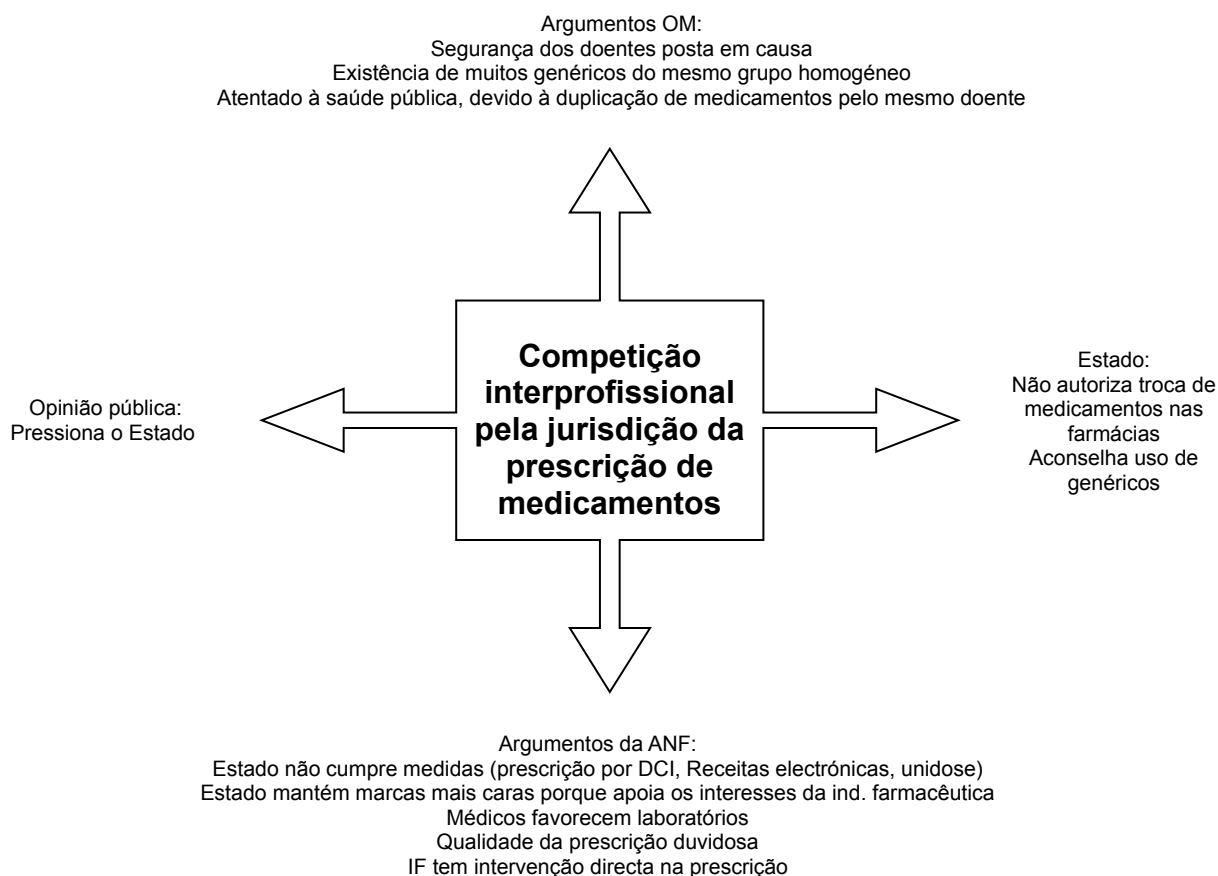


Imagem 3: Síntese de argumentos dos intervenientes na competição jurisdicional.



Caplow & Raymond (1953) enfatizam desde logo as especificidades do mercado médico-farmacêutico, realçando um conjunto de características especiais do mesmo: as pessoas que escolhem os produtos, e em relação às quais o maior esforço promocional é direccionado, não são normalmente os compradores; a inovação e a substituição são extremamente rápidas e poucos produtos podem almejar com segurança uma quota de mercado definitiva; a elasticidade pela procura é baixa para muitos produtos e os efeitos da competição pelo preço são muito ambíguos. Os autores referem-se ainda ao papel do vendedor neste mercado – o delegado de informação médica (DIM)<sup>4</sup>, destacando a particularidade de este nunca ficar na posse de uma nota de

<sup>4</sup>Dolores Frías (2000), define como o intermediário directo entre um laboratório farmacêutico e a classe médica, cuja função não é vender nem receber pedidos, mas sim criar um contacto directo entre o fabricante e aquele que se encarregará de vender o produto, que neste caso não é nem o consumidor nem o comprador, mas sim o médico prescritor.

encomenda<sup>5</sup>. A sua função consiste em apresentar os produtos e manter boas relações com o médico para que este se disponibilize a escolher os produtos da sua companhia aquando da prescrição.

Mas centremo-nos na premissa prescrição.

O paciente é a entidade cujo papel no acto médico de prescrição menos influência exerce. O facto de o seu conhecimento em relação ao produto farmacêutico a utilizar se resumir em circunstâncias normais à informação veiculada pelo próprio médico, pelo farmacêutico ou pelo RCM – Resumo de Características do Medicamento, (Dolores Frías, 2000: 214) limita a sua capacidade de influência no acto referido.

O protagonismo das farmácias em Portugal, existe desde há muito tempo e está relacionado numa fase inicial com a maior proximidade física existente entre o comprador do medicamento, que pode ou não ser o paciente, e o farmacêutico, do que aquela que existe entre o comprador e o médico. Tal facto deve-se em grande parte à facilidade de acesso a um e a outro, mais condicionado no caso do médico do que no caso do farmacêutico.

No entanto, com o aparecimento do medicamento genérico<sup>6</sup> em Portugal, especialmente a partir do ano de 2003, o farmacêutico ou o ajudante técnico de farmácia, passam a ter protagonismo de algum modo equiparável ao do médico no que diz respeito ao medicamento comprado pelo doente, uma vez que lhe foi concedida permissão – desde que o médico não o proíba de forma explícita, assinalando na receita médica que não autoriza a substituição do medicamento prescrito –, para poder em caso de ruptura de *stock* substituí-lo por um outro com a mesma substância activa e as mesmas características farmacológicas. Contudo, esta “permissão” poderá desde logo levar o paciente a adquirir um medicamento cujo perfil farmacológico seja desconhecido para o médico prescritor e existe o risco de o farmacêutico poder promover uma substituição desaconselhada para um indivíduo específico.

---

<sup>5</sup> A “Receita Médica” definida pelo Estatuto do Medicamento como, “documento através do qual são prescritos, por um médico ou, nos casos previstos em legislação especial, por um médico dentista ou odontologista, um ou mais medicamentos determinados”, assume a função da nota de encomenda, não sendo, no entanto, o seu conteúdo do conhecimento do DIM, nem ficando na posse deste.

<sup>6</sup> O Estatuto do Medicamento, define “Medicamento Genérico” como, “medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias activas, a mesma forma farmacêutica e cuja bioequivalência com o medicamento de referência haja sido demonstrada por estudos de biodisponibilidade apropriados”

Note-se, contudo, que o nº1 alínea hhh) do artigo 3º do Estatuto do Medicamento atribui a utilização exclusiva da receita médica à figura do profissional médico, não fazendo referência a nenhuma excepção.

Tabela 4: Tabela de quantificação dos documentos analisados.

Ano	Número de artigos publicados	Número de artigos com relevância	OM	OF	ANF	Outros
2007	6	2			6	
2008	8	3		1	7	
2009	15	13	1	2	13	
2010	17	15			17	
2011	30	27	3	3	21	3
Total	76	60	4	6	63	3

O número de artigos analisados dizem respeito a todo o universo de notícias publicadas por referência a esta problemática; o número de artigos com relevância dizem respeito aos artigos analisados e relacionados com o tema que foram utilizados para a elaboração deste trabalho por conterem dados específicos, relevantes, sobre a disputa jurisdicional e sua metodologia; as colunas seguintes dizem respeito ao número de artigos cuja fonte é a OM, a ANF, a OF ou outra, como por exemplo, o Estado, ocorrendo por vezes a existência de fontes múltiplas no mesmo artigo.

A desproporção de artigos consoante a fonte decorre de ser a ANF a promotora do conflito e a instigadora da polémica, responsável quer pelo alimentar da questão quer pela diversificação dos modos de sustentar a justificação da competição.

Convém referenciar ainda que a totalidade de artigos na coluna da ANF dizem respeito a todos os artigos, cuja fonte foi a ANF, ou mais concretamente o total de artigos presentes no clipping feito pela LPM para a ANF, dizendo eles respeito à ANF, à OM, à OF ou ao Estado.

Foram analisados comunicados de imprensa, artigos e revistas dos principais intervenientes na discussão no período de 2007 até Março de 2011: Ordem dos Médicos (OM), Ordem dos Farmacêuticos (OF) e Associação Nacional de Farmácias (ANF). Apesar do aparecimento dos genéricos ter acontecido a partir de 2002, altura em que a quota de mercado destes medicamentos se situava nos 2% (Cordeiro:2007), a questão da competição entre médicos e farmacêuticos pelo acto da prescrição, tomou maior relevo a partir de 2007, onde a quota se situava já entre os 17% - 18% (Cordeiro:2007).

Foram portanto analisados 76 artigos e seleccionados para uma análise mais profunda 60 pela sua relevância para o tema em estudo.

## **6.1 A evolução do processo de prescrição por DCI.**

A implementação da prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI) é vista como uma medida essencial para que seja possível a dispensa de genéricos, e a consequente poupança da despesa das famílias e do Estado com medicamentos.

É também um compromisso renovado nos programas políticos de todos os partidos.

No programa eleitoral do PS, actual partido no Governo, lê-se que o objectivo é “criar condições para a generalização da prescrição por DCI”, bem como “continuar a promover o recurso a medicamentos genéricos”. A par destas duas medidas, os socialistas comprometem-se a “promover a prescrição electrónica, com a desmaterialização de todo o circuito administrativo do medicamento”, uma medida já várias vezes preconizada, mas que, de facto, continua sem avançar. A reforçar a vontade de reduzir a despesa com medicamentos, é ainda preconizada a “criação de plataformas de informação que permitam o acesso dos profissionais de saúde a fontes de informação específicas”. Esta medida, refere o programa do PS, tem “em vista a permanente actualização das boas práticas, recomendações e normativos de qualidade no desempenho profissional”. Ou seja, uma prescrição e dispensa que equilibrem a despesa com a garantia de acesso a medicamentos seguros e de qualidade.

Em 1999, quando era ministra Maria de Belém Roseira, a DCI chegou mesmo a ser aprovada por uma lei da Assembleia da República (Lei n.º 14/2000), que foi depois revogada. Desde então, cinco sucessivos ministros, Manuela Arcanjo, Correia de Campos, Luís Filipe Pereira, Correia de Campos e Ana Jorge, de quatro governos, adiaram sucessivamente o compromisso.

A julgar pelos programas partidários, a DCI será das medidas políticas que mais consenso geram na sociedade portuguesa. PS, PSD, CDS/PP, BE e PCP defendem a introdução da medida.

“Criar condições para a generalização da prescrição por DCI; continuar a promover o recurso a medicamentos genéricos”, PS

“Promoveremos o recurso a medicamentos genéricos, impondo progressivamente a generalização da prescrição por denominação comum internacional nas áreas em que existem genéricos reconhecidos e de qualidade”, PSD

“Também é importante adoptar uma política de prescrição de medicamentos por designação comum internacional, mantendo o estímulo ao uso de genéricos”, CDS/PP

“A prescrição passa a ser obrigatoriamente feita, no sector público como no privado, por referência exclusiva à denominação comum internacional do medicamento”, BE

“Generalizar a prescrição de medicamentos por princípio activo – tendo por base um formulário nacional”, PCP<sup>7</sup>

## 6.2 Evolução temporal da problemática (a evolução do discurso dos intervenientes entre 2007 e 2011).

Começemos por fazer uma abordagem temporal, descrevendo as principais preocupações discutidas ano a ano e os argumentos mais relevantes avançados.

**2007** – as preocupações centravam-se no combate à despesa do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a despesa com medicamentos representava 30% do orçamento do Ministério da Saúde e 1,3% do PIB. Falava-se em evitar o desperdício de medicamentos, tendo em conta o impacto negativo no plano económico, ambiental e também de saúde pública. Começava a falar-se da prescrição electrónica como forma de trazer maior rigor às prescrições. O novo Estatuto do Medicamento surgia também como uma arma de combate à despesa, tratava-se de legislação nova que trazia como prioridade a revisão do preço dos medicamentos, a sua introdução no mercado, a contratação na indústria farmacêutica e as práticas para a realização de ensaios clínicos.

(Baseado: no artigo “*A Perspectiva das Farmácias*” de 1 de Julho da Revista Cadernos de Economia”; e no artigo “*Prescrição representa 1.3 do PIB*” da Revista Farmácia Distribuição).

**2008** – a discussão continua a centrar-se no combate às despesas do SNS e existe um ataque directo ao Governo, por parte da oposição.

A quota de mercado dos genéricos encontrava-se nos 19% e esperava-se que até ao final do ano atingisse os 20%. Existiam já 4000 genéricos à venda de 600 grupos homogêneos (com a mesma substância activa).

O INFARMED incitava ao aumento da prescrição de genéricos, enquanto a OM defendia a existência de demasiados genéricos para determinadas marcas. Pela voz do seu bastonário, Pedro Nunes, defendiam já a proibição da substituição de medicamentos nas farmácias sob pena de riscos para a segurança dos doentes.

---

<sup>7</sup> Baseado no artigo do Jornal Vida Económica “Programas políticos repetem promessa de implementar DCI, pág.37 de 30 de Outubro de 2009.

Falava-se da diminuição do preço dos genéricos, que para a OM seria positivo, contudo, e devido à existência de muitos genéricos do mesmo grupo homogéneo e o Estado apenas deveria compartilhar quatro ou cinco de cada grupo, de acordo com as vendas e a confiança.

A venda de medicamentos em unidose, que levaria à poupança de milhões de euros, à diminuição do desperdício e da automedicação, é chumbada no Parlamento com os votos contra do PS e votos favoráveis da oposição. O Governo é acusado de apoiar os interesses da indústria farmacêutica.

A ANF manifesta ser o Governo o principal responsável pelo aumento da despesa com medicamentos, e que teriam sido gastos 380 milhões de € em medidas que o Estado não tinha até então cumprido, como: a prescrição obrigatória por DCI, a prescrição electrónica e a dispensa de medicamentos em unidose. A troca de medicamentos de marca por genéricos levaria a uma poupança de 257 milhões de €/ano, argumentava.

Para além disso, o Estado era acusado de manter os medicamentos de marca mais caros do que nos países de referência (França, Itália, Grécia e Espanha).

(Baseado: no artigo *“Socialistas dizem que a unidose avançará depois de concluídos os estudos técnicos”*, de 24 de Janeiro no Jornal Público; no artigo *“Médicos pedem regulação do mercado de genéricos”*, de 4 de Agosto do Diário de Notícias; e no artigo *“Medidas em atraso custam mais 380 milhões/ano em remédios*, de 29 de Outubro do Diário de Notícias).

**2009** - neste ano começa a assistir-se a uma guerra mais acesa entre a ANF e o Ministério da Saúde, devido a troca de medicamentos nas farmácias.

Mas vejamos os factos:

anuncia-se que todos os médicos passarão a poder prescrever medicamentos em unidose desde que por DCI, e que estes poderão ser adquiridos em qualquer farmácia que não as farmácias existentes dentro dos hospitais, como se tinha estabelecido anteriormente;

para além disso a ANF consegue que as farmácias passem a importar medicamentos directamente do estrangeiro sempre que o preço praticado em Portugal seja mais alto;

a ANF dá indicação às farmácias para dispensar medicamentos genéricos sempre que os houver, mesmo que a receita indique expressamente que a troca não está autorizada pelo médico;

o CDS-PP fala em conflito aberto entre a ANF e a OM, por causa da dispensa de medicamentos genéricos, culpabilizando o Estado por não fazer cumprir a lei nem alterá-la. Apresentam uma



proposta para prescrição exclusiva por DCI e onde haja fundamentação técnica, na própria receita, caso os médicos não optem pelo genérico;

o Ministério da Saúde transmite à ANF que a prescrição e dispensa dos medicamentos sujeitos a receita médica se continue a fazer na estrita observância do quadro legal e anuncia que o SNS não pagará às farmácias a comparticipação dos medicamentos que forem substituídos pelo genérico mais barato sem autorização do médico;

face a este cenário a ANF vê-se obrigada a recuar na sua decisão de substituir os medicamentos de marca por genéricos e acusando a Ministra da Saúde, Ana Jorge, de preferir comparticipar medicamentos de marca mais caros. Contudo, as farmácias continuarão a informar os doentes sobre a existência de outras opções mais baratas e surge impresso nos recibos das farmácias o valor da diferença do preço do medicamento de marca para o genérico mais barato;

os partidos políticos, nomeadamente o BE, continuam a apoiar a prescrição por DCI e a dispensa na farmácia do genérico mais barato, afim de permitir a diminuição da despesa para os doentes e para o Estado; depois do braço de ferro entre ANF e OM, sobre a dispensa de medicamentos nas farmácias, surge por parte da ANF, a acusação de que os médicos favorecem determinados laboratórios e que a indústria farmacêutica tem intervenção directa na prescrição. O presidente da ANF, João Cordeiro, chega mesmo a pedir uma avaliação ao receituário como forma de avaliar a qualidade da prescrição médica.

(Baseado: no artigo da ANF de 2 de Março *“Farmacêuticos são a profissão de saúde com mais reconhecimento público”*; no artigo da Lusa de 1 de Abril *“Substituição de Medicamentos”*; no comunicado oficial da OM de 1 de Abril sobre as medidas anunciadas pela ANF; no artigo da ANF de 8 de Abril sobre a dispensa por DCI e a respectiva poupança; do artigo de 7 de Abril *“Medicamentos: CDS-PP insiste que conflito sobre genéricos só se ultrapassa com mudança da lei”*, da Lusa; no artigo *“Farmácias recuam após decisão de não comparticipação do Ministério da Saúde”*, do Jornal de Negócios; no artigo do Jornal de Negócios *“ANF acusa médicos de favorecerem laboratórios”* e no artigo *“Investigação sobre a qualidade da prescrição médica”* da ANF, ambos de 16 de Abril; no artigo do Jornal de Negócios também de 16 de Abril *“Apifarma rejeita acusação de João Cordeiro”*; no artigo do Diário de Notícias de 14 de Maio *“Genéricos são hoje votados no Parlamento”*; no artigo *“CDS e BE querem marcas fora das receitas médicas”* de 15 de Maio do Diário de Notícias; no artigo de 2 de Julho *“Médicos podem receitar unidose”*, da Lusa; e no artigo de 30 de Outubro do Jornal Vida Económica *“Programas políticos repetem promessa de implementar DCI”*).

**2010** – A ANF acusava a Ministra da Saúde Ana Jorge de não ter despedido a bata branca quando tomou posse, depois de a ministra ter acusado as farmácias de incitarem os utentes a comprar mais medicamentos em Setembro de 2009, devido à alteração das comparticipações, a ANF defendia-se dizendo que as farmácias não promovem as “vendas” porque não passam receitas;

era aprovado pela oposição o projecto de lei que obrigava a prescrição exclusivamente por DCI e que se fosse aprovado na especialidade e pelo Presidente da República, entraria em vigor em 2011. Caso o médico optasse por um medicamento de marca teria de justificar a sua escolha;

a OM manifestou-se contra esta decisão. O bastonário da OM defendeu que “ a substituição” de medicamentos que o diploma estimula e até obriga é “um gravíssimo atentado à saúde pública. É conhecido que os doentes, ao serem-lhes trocados constantemente os medicamentos que usam, começam a duplicar as doses, triplicar as doses, e isso tem consequências por vezes fatais”<sup>8</sup>;

Avançou-se para a descida das comparticipações e as embalagens de medicamentos deixaram de exhibir preços.

(Baseado nos artigos: “*Novas regras de apoio nos medicamentos*”, do Jornal de Notícias de 5 de Março; “*Governo garante que preços de medicamentos desce*”, do Jornal de Notícias de 2 de Julho; “*Electrónica acaba com desperdício*” do Correio da Manhã de 12 de Outubro; “*Prescrição passa a ser electrónica*” do Diário de Notícias de 12 de Outubro; “*PJ investiga fraudes de 200 mil euros*”, do Correio da Manhã de 9 de Novembro; “*Médicos deixam de receitar por marca já em 2011*”, Diário de Notícias de 14 de Outubro; “*Médicos têm de justificar medicamentos de marca*”, Jornal de Notícias de 14 de Outubro; “*Comparticipações de remédios descem hoje mas redução de preços não se aplica já a todos*” no Público de 15 de Outubro; “*Remédios sem genérico podem subir vendas*”, no Diário de Notícias de 18 de Outubro; “*Uma Ministra de Bata Branca*”, Comunicado de Imprensa da ANF a 12 de Novembro; “*Ana Jorge reconhece responsabilidade dos médicos na prescrição de medicamentos*”, no Jornal de Notícias de 12 de Novembro; “*Parlamento recomenda ao Governo que ‘insista’ com a venda de medicamentos em unidose*”, no Diário Económico de 16 de Novembro; “*Bastonário da Ordem dos Médicos, o industrial do ano*”, da ANF a 22 de Novembro; “*Despesa com medicamentos cai mais de 16 milhões num mês*”, no Jornal de Negócios de 15 de Dezembro; “*Mudanças nos medicamentos aquém do prometido*”, no Público a 15 de Dezembro).

**2011** – Em 2011 a polémica em torno da prescrição por DCI e da dispensa de medicamentos nas farmácias por parte dos farmacêuticos persiste. A suspeição sobre a qualidade da prescrição médica agudiza-se e o presidente da ANF, João Cordeiro, denuncia e entrega à polícia judiciária,

<sup>8</sup> <http://www.publico.pt> , consultado a 15 de Fevereiro 2011

receitas que considera suspeitas, fraudulentas e passíveis de lesar o Estado; quando nada o fazia prever o Presidente da República vetou o diploma do Governo que obrigava à prescrição por DCI justificando que não estão avaliados os efeitos da prescrição por princípio activo, em particular sobre a insegurança provocada pela “amplitude da possibilidade de alteração sistemática dos medicamentos”.

Uma vez que o Parlamento está a discutir a mesma matéria, Cavaco Silva quer salvaguardar os utentes da “instabilidade legislativa”. Sobre a obrigatoriedade da prescrição electrónica, o Presidente considera que “qualquer dificuldade na sua execução fará recair sobre os utentes a impossibilidade de obtenção da comparticipação a que têm direito”. Cavaco Silva entendeu que a obrigatoriedade da prescrição electrónica não devia avançar no dia 1 de Março, como estava inicialmente previsto, por não ter sido ainda publicada a respectiva regulamentação.

Cavaco Silva pediu uma “reponderação” do novo regime de prescrição de medicamentos, que tivesse em conta a clareza de procedimentos para médicos e farmacêuticos e que salvaguardasse, “sobretudo”, a segurança dos doentes, para além do veto do Presidente da República o PSD veio por um ponto final às intenções de implementar a DCI nesta legislatura. Na prática, os médicos vão continuar a prescrever medicamentos pelo nome da marca e podem impedir a alteração da receita, sem qualquer justificação, sempre que não queiram que um medicamento seja substituído na farmácia. Tanto o diploma do Governo como os projectos da oposição pretendiam alterar o paradigma: para “trancar” a receita o médico tinha de justificar. Num volte-face de última hora, o PSD recuou, decidiu retirar o seu projecto de lei. O recuo do PSD motivou críticas acesas do BE, PCP e CDS, que acusaram os social-democratas de ceder à pressões da indústria farmacêutica e da OM.

Foram apresentadas em cima as tomadas de posição do Governo, da OM, da ANF e da OF ao longo do período em análise (2007-2010). A prescrição por DCI é, sem dúvida, o centro da polémica. Contudo, começa-se por apontar a urgência na redução da despesa do SNS em medicamentos, e apesar dessa redução ter de facto acontecido em 2010 é a qualidade da prescrição médica que é colocada em causa.

(Baseado nos artigos: Comunicado de Imprensa do INFARMED de 5 de Janeiro, como resposta a uma crítica por parte da ANF; comunicado da OF sobre a sua participação na Comissão Parlamentar de Saúde de 21 de Janeiro; no artigo do Correio da Manhã de 4 de Fevereiro “*Farmácias pressionam Serrasqueiro*”; Posição oficial da OM sobre prescrição por DCI de 7 de Fevereiro; no artigo do Diário Económico de 9 de Fevereiro “*Cavaco Silva impõe ao Governo novo prazo nas receitas médicas electrónicas*”; “*Veto ameaça corte de 250 milhões*” também de 9 de Fevereiro no Diário de Notícias; no artigo do Jornal de Notícias de 9 de Fevereiro “*Vetada lei do*

*medicamento*"; *"Genéricos ou de marca: o doente é que faz a diferença"* no Diário de Notícias a 10 de Fevereiro; no comunicado da OF do dia 11 de Fevereiro *"Presidente vetou diploma sobre prescrição por DCI"*; *"Veto de Cavaco não trava trocas nas farmácias"*, no Diário de Notícias de 11 de Fevereiro; no Diário Económico de 11 de Fevereiro *"Governo apresentará novo diploma sobre prescrição de medicamentos"*; *"Veto a genéricos é uma questão de política"*, no Diário de Notícias de 13 de Fevereiro; no relatório da audição da OM na Comissão de Saúde da Assembleia da República, publicada a 16 de Fevereiro no sítio da OM; no Correio da Manhã *"Utentes obrigados a mostrar identificação"* de 20 de Fevereiro; no Diário Económico de 21 de Fevereiro *"Fraude na prescrição de remédios lesa o SNS em 1,2 milhões de euros"*; também no Diário Económico a 21 de Fevereiro *"Governo finta Cavaco e volta a impor receitas electrónicas"*; no Público a 22 de Fevereiro *"Novo modelo de prescrição de medicamentos ainda sem data"*; da agência Lusa a 9 de Março *"Médicos de família alertam para diferenças entre genéricos"*; a 12 de Março no Expresso *"A prescrição por DCI"*; no Jornal de Notícias de 19 de Março *"Ordem insiste na substância activa"*; de 19 de Março no Diário de Notícias *"Utentes poupariam 70 milhões com baixa de preço"*; de 31 de Março no Correio da Manhã, *"Pressa nos Remédios"*; de 1 de Abril no Diário Económico, *"Prescrição de remédios por princípio activo fica na gaveta"*; também de 1 de Abril no Público, *"PSD muda de opinião num dia sobre medicamentos"*; de 7 de Abril no Diário de Notícias da Madeira, *"PS acusado de cedência aos farmacêuticos"*; do Correio da Manhã a 7 de Abril, *"Diploma chumba"*.

Baseamo-nos também no Editorial, na rubrica Actualidade das págs. 19 e 20 e na rubrica Opinião, por M.M. Camilo Sequeira, págs. 31 a 38 da Revista Ordem dos Médicos nº 117, de Março de 2011)

### 6.3 As tomadas de posição.

Começamos pela Ordem dos Médicos:

No passado dia 30 de Março a OM emitiu um comunicado à imprensa, devido às intensas tentativas de última hora de fazer passar, na Comissão de Saúde da Assembleia da República, uma Lei sobre a prescrição por DCI, Lei essa que com muito poucas reservas permitia a substituição de medicamentos nas farmácias, o que para a OM obedecia a "interesses meramente comerciais".

Para a OM, se tivesse sido aprovada a proposta de Lei em causa, a qualidade da Medicina era afectada, os doentes prejudicados, o Estado perdia dinheiro e a indústria farmacêutica portuguesa seria condenada ao desaparecimento, agravando o desemprego e as dificuldades na economia portuguesa.

Os médicos frequentemente se referem a trocas indevidas de marcas de medicamentos nas farmácias e muitos os que afirmam que essas trocas tiveram consequências clínicas evidentes, por vezes francamente prejudiciais para os doentes.

O INFARMED afirma, contudo, que medicamentos do mesmo princípio activo e de marca diferente são iguais e que a troca de marcas de genéricos nas farmácias não têm quaisquer efeitos para o doente. A OM refuta esta posição devido à falta de bioequivalência entre algumas marcas do mesmo genérico.

Segundo a OM, os doentes menos letrados, mais idosos e que vivem sozinhos, confundem marcas diferentes com medicamentos diferentes tomam duas e três marcas do mesmo medicamento, com óbvio prejuízo económico e que muitas vezes vão parar às urgências dos hospitais com efeitos secundários graves. Para além disso, devido à falta de bioequivalência<sup>9</sup> entre algumas marcas do mesmo genérico, não deverá existir qualquer tipo de substituição (OM em conferência de imprensa a 30 de Março de 2011).

Do ponto de vista médico<sup>10</sup>, os direitos e interesses dos doentes não são satisfeitos com o reconhecimento de competências de prescrição a profissionais que para isso não foram formados. A competência da prescrição pertence, exclusivamente, ao médico porque o médico é a “alma mater” da terapêutica, é o médico que segue o doente a quem se faz a prescrição.

É o médico que avalia a acção do medicamento na sua eficácia e nos seus efeitos colaterais bem como na resposta que provocou naquele doente particular e qual determinará ou a sua interrupção, ou a sua continuidade ou a sua substituição.

A biodisponibilidade de um princípio activo varia entre 80 a 125%, relativamente ao medicamento original, implicando que há genéricos que não são bioequivalentes entre si, o que torna virtualmente impossível a estabilização clínica de um doente, com custos indirectos incalculáveis. Variam também os excipientes, com um perfil diverso de reacções adversas, o que obriga o médico a estar sempre atento a potenciais queixas inespecíficas ou aparecimento de intolerância.

Varia o aspecto e a cor dos comprimidos e das caixas, criando graves confusões nos doentes

---

<sup>9</sup>Dois produtos farmacêuticos são bioequivalentes se eles são farmacêuticamente equivalentes e as suas biodisponibilidades (taxa e extensão da disponibilidade) após a administração na mesma dose molar é similar a um nível em que os seus efeitos, a respeito da eficácia e segurança, possam ser esperados ser essencialmente os mesmos. A equivalência farmacêutica implica a mesma quantidade de uma mesma substância activa, na mesma forma de dosagem, pela mesma via de administração e pelos mesmo padrões comparáveis (Birkett, 2003)

<sup>10</sup> Sequeira, M.M.C., *Era uma vez... a prática clínica*, Revista Ordem dos Médicos, na 27, nº117, Março 2011

menos letrados, que chegam a tomar em simultâneo três marcas diferentes do mesmo princípio activo, correndo riscos.

Para além de tudo isto, a vigilância fármaco-epidemiológica fica profundamente prejudicada e a responsabilidade médica completamente perdida em sucessivas trocas de medicação nas farmácias, com a qualidade dos cuidados de saúde a ser relegada para plano secundário. Em quinto lugar, a relação médico-doente é demasiado importante em Medicina, absolutamente fundamental para o êxito terapêutico, pelo que banalizar e generalizar a sua violação permanente é um acto incompreensível, porque desnecessário e potencialmente muito gravoso.

Caso a razão da substituição seja o custo, então o Governo poderá, segundo a OM, resolver o problema de imediato, adequando a legislação e marcando o preço de todas as marcas do mesmo princípio activo pelo mesmo valor, o valor mais baixo, deixando de se justificar qualquer substituição. E se o Governo quiser ainda pode baixar mais o valor dos genéricos, 10% significará uma poupança imediata de cerca de 40 milhões de euros ao erário público e aos doentes. Claro que nesta circunstância levantam-se questões de sobrevivência da indústria farmacêutica nacional, um sector estratégico da nossa economia que merece da parte do Governo uma cuidada análise a outro nível (como vimos e indústria farmacêutica encontra-se neste momento bastante fragilizada).

A OM não aceita o princípio de substituição dos genéricos por um medicamento “essencialmente similar”, pois diz ser um discutível conceito farmacológico que corresponde ao reconhecimento explícito de que os genéricos não são todos iguais nem têm efeitos iguais, ao contrário da mensagem errada que se passou para a opinião pública.

Para a OM, também não poderá ser exigida qualquer justificação técnica nas receitas para evitar a troca de marcas na farmácia, na medida em que a proibição da troca está automaticamente justificada pelo facto de existirem marcas de genéricos que não são bioequivalentes entre si. Obrigar o médico a escrever em todas as receitas que proíbe a troca para ter a “garantia de biodisponibilidade e bioequivalência”, um argumento técnico inatacável, é, segundo a OM, uma “absurda e prescindível” perda de tempo, nomeadamente para os já sobrecarregados Centros de Saúde e Médicos de Família.

Caso persista a insistência na troca de marcas de genéricos nas farmácias e se essa troca apenas for evitável pela fundamentação técnica, a OM recomendará a todos os Médicos que, caso assim o entendam, justifiquem a proibição com a expressão “garantia de biodisponibilidade e bioequivalência”.

Para proteger os doentes de sucessivas e intoleráveis oscilações terapêuticas, os médicos podem

ser obrigados a seleccionar medicamentos da mesma classe terapêutica mas mais recentes, sem genérico, o que agrava os custos da terapêutica medicamentosa para o Estado e para o doente. A prescrição de genéricos também é uma questão de confiança.

Os distintos fundamentos para esta posição são assim, segundo a OM, exclusivamente do máximo, inquestionável e exigente rigor científico:

Em primeiro lugar porque é técnica, científica e politicamente errado permitir a troca indiscriminada de medicamentos que, contendo o mesmo princípio activo e sendo por definição bioequivalentes com o respectivo medicamento de referência, podem não ser bioequivalentes entre si, porque tal não é avaliado nem consta explicitado em parte alguma. É que o que está em causa não é apenas a substituição de um medicamento original por um genérico, mas também a troca entre genéricos. Segundo o Professor Frederico Teixeira, Professor Catedrático Jubilado de Farmacologia e Terapêutica da Faculdade de Medicina de Coimbra, a bioequivalência é estabelecida quando, para a Cmax (concentração máxima), Tmax (tempo máximo) e a AUC (área sob a curva, que mede a extensão da exposição do organismo ao fármaco), o intervalo de confiança a 90% para a razão do genérico (T) sobre o de referência (R) está entre 80 e 125%. Ora, pode haver um genérico em que o intervalo de confiança esteja muito à direita (por exemplo, entre 100 e 125%) e outro genérico (em relação ao mesmo medicamento de referência) em que o intervalo de confiança esteja entre 80 e 100%. Seguramente que estes dois genéricos não serão bioequivalentes entre si<sup>11</sup>. Ou seja, os genéricos são bioequivalentes com o produto original, pelos critérios em vigor, mas alguns deles podem não ser bioequivalentes entre si, o que torna virtualmente impossível a estabilização clínica de um doente cuja marca do(s) genérico(s) que toma esteja sempre a ser mudada por critérios e motivações não clínicas, com custos indirectos incalculáveis e risco para a Saúde Pública. O problema é ainda mais grave pelo facto deste intervalo de confiança ser demasiado largo para medicamentos de janela terapêutica estreita, como os antiepilépticos e outros. “*Nestes casos deveria ser “proibida” a troca de genérico!*”<sup>12</sup> As *guidelines* da EMEA (Agência Europeia do Medicamento) sobre bioequivalência, de 2010, reconhecem finalmente este facto e propõem um intervalo de confiança entre 90 a 111,1% para este tipo de fármacos. Esta situação traduz o reconhecimento de que as anteriores regras estavam erradas e comportavam riscos para os doentes. Todavia, os defensores da troca de medicamentos nunca se preocuparam com estes riscos e, guiados por motivações contrárias às boas práticas médicas e aos interesses dos doentes, sempre afirmaram que era “tudo igual”, mesmo sabendo que não era exactamente assim.

Em segundo lugar porque variam os excipientes, com um perfil diverso de tolerância e de reacções

<sup>11</sup> *Idem, ibidem*

<sup>12</sup> *Idem, ibidem*

adversas, o que obriga o médico a estar sempre atento a potenciais queixas inespecíficas, nem sempre fáceis de interpretar, ou ao aparecimento de franca intolerância.

Em terceiro lugar porque varia o aspecto e a cor dos comprimidos e das caixas, criando graves, por vezes muito graves, confusões nos doentes.

Em quarto lugar, a vigilância fármaco-epidemiológica, que é de extrema relevância, fica profundamente prejudicada e a responsabilidade médica completamente perdida em sucessivas trocas de medicação nas farmácias, com a qualidade dos cuidados de saúde a ser relegada para plano secundário.

Em quinto lugar, a relação médico-doente é demasiado importante e sensível em Medicina, absolutamente fundamental para o êxito terapêutico, que banalizar e generalizar a sua violação permanente é um acto incompreensível, porque desnecessário e potencialmente muito gravoso. A relação de confiança entre o doente e o médico deve ser preservada porque essencial à adesão e ao êxito terapêutico.

Pelas dúvidas, riscos potenciais e a existência de alternativas concluiu-se pela não imposição de um mecanismo de substituição de medicamentos genéricos. Exactamente pelas mesmas razões de defesa dos doentes e da qualidade da prática clínica, a OM nunca poderá aceitar a política dos cinco medicamentos mais baratos, que pode obrigar o próprio médico a mudar a marca dos Genéricos de três em três meses. Inaceitável, porque é prejudicial para os doentes. De referir que esta medida poderá conduzir ao desaparecimento de empresas de genéricos, principalmente nacionais, deixando no mercado as mais fortes, as multinacionais. As quais posteriormente poderão dominar o mercado, impondo preços. Recordamos que não existe um verdadeiro mercado livre do medicamento, pelo que não se pode falar em concorrência de preços.

A OM diz estar de acordo com a posição dos Partidos Políticos quanto à defesa do poder de decisão aos doentes. Mas, segundo os mesmos, esse poder já existe. O acto de prescrição resulta de uma consulta onde o doente dialoga livremente com o médico e participa da decisão terapêutica, caso entenda fazê-lo. Para além disso, devido à prática do Consentimento Informado em circunstância alguma o médico pode tomar uma atitude clínica contra a vontade consciente do doente.

Existe o diálogo médico-doente no correcto esclarecimento sobre a doença, a sua gravidade, os seus riscos imediatos ou à distância, a sua evolução, as alternativas de tratamento, a clarificação possível sobre o prognóstico, etc..



O Acto Médico implica tudo isso e, sobre o(s) medicamento(s) a prescrever, os médicos nunca esquecem os pilares da arte de receitar: a segurança e a eficácia (sempre associados), a “*compliance*”<sup>13</sup> e o custo (hoje cada vez mais indissociáveis, porque se o doente não puder comprar os medicamentos não respeitará a prescrição). No que concerne a questão da Qualidade dos Genéricos a OM diz caber ao INFARMED disponibilizar ao público os dossiers de aprovação dos medicamentos, para que médicos, doentes e peritos da área do medicamento possam escrutiná-los sempre que entenderem e para terem acesso à biodisponibilidade e bioequivalência de cada medicamento genérico.

### A posição da Ordem dos Farmacêuticos

A OF defende a prescrição de medicamentos pela sua DCI, de modo a conferir ao doente o poder de optar por um medicamento equivalente de preço mais baixo, disse o bastonário aquando a sua presença na audição da Comissão Parlamentar de Saúde na Assembleia da República, evidenciando ainda o seu entendimento sobre a problemática da “substituição de medicamentos. Carlos Maurício Barbosa defende que devemos caminhar para um modelo em que não faça sentido falar em substituição de medicamentos. No momento da consulta médica, o médico toma uma decisão farmacoterapêutica, que inscreve na prescrição médica. Subsequentemente, essa decisão é materializada na farmácia através da dispensa de um medicamento, efectuada em total concordância com a receita médica.

A OF defende, por isso, que cabe ao doente, contando com o apoio técnico-científico do farmacêutico, tomar a decisão sobre a escolha do seu medicamento, sempre com base na prescrição médica e à luz do princípio da bioequivalência.

Carlos Maurício Barbosa demonstra a sua total confiança no INFARMED, enquanto entidade que garante a qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos e, no caso dos medicamentos genéricos, da sua bioequivalência com o medicamento de referência.

Carlos Maurício Barbosa é da opinião ainda que a prescrição de medicamentos pela sua DCI no ambulatório replica a prática que é adoptada a nível hospitalar. Nos hospitais o médico prescreve uma substância activa, a dosagem e forma farmacêutica, numa decisão farmacoterapêutica que é posteriormente validada na farmácia hospitalar, materializando-se num produto.

O bastonário esclarece também que a prescrição é um acto médico e que não cabe aos farmacêuticos validar as suas justificações técnicas para prescrição de um medicamento de marca. A este respeito, o dirigente da Ordem entende que a Administração Central do Sistema de Saúde e

<sup>13</sup> Adesão do doente à terapêutica

o Centro de Conferência de Facturas devem criar instrumentos para auditar e avaliar regularmente o impacto das orientações terapêuticas na prescrição médica. “Para além do INFARMED, através dos órgãos apropriados, as Comissões de Farmácia e Terapêutica ao nível das Administrações Regionais de Saúde (ARS), num modelo semelhante ao que funcionou em algumas ARS nos anos 90, deverão assumir um papel primordial neste processo.

Já em 2009, a anterior bastonária da OF, Elisabete Faria, se pronunciou contra a iniciativa lançada pela ANF, e contestada pela OM e pela AFP (Associação de Farmácias de Portugal), de as farmácias começarem a vender, em substituição do medicamento prescrito pelo médico, um genérico mais barato, mesmo quando o clínico se opunha, afirmando que os farmacêuticos que substituísssem medicamentos prescritos pelos médicos por genéricos, sem a autorização do clínico poderiam vir a ser sancionados pela OF, já que definido em portaria em 2002, o modelo de receita médica destinado à prescrição de medicamentos determina que compete ao médico autorizar ou não a dispensa de genéricos, assinalando a sua opção em local apropriado.

O Estatuto da OF, de 2001, define como dever do farmacêutico a distribuição ao doente de um medicamento em cumprimento com a prescrição médica.

#### A posição da ANF

Em 2009 a ANF iniciou o Programa DCI 2009, o qual tem como objectivo melhorar o acesso dos doentes aos medicamentos.

Em primeiro lugar, porque defendem sentir nas Farmácias as dificuldades que os doentes, sobretudo os mais idosos, têm em pagar os medicamentos que lhes são receitados.

Em segundo lugar, porque quiseram corresponder ao apelo do senhor Primeiro-Ministro que encorajou os portugueses a não se aterem ao fatalismo do diagnóstico e a apresentarem soluções concretas para enfrentar a crise.

Substituir medicamentos de marca por medicamentos genéricos mais baratos surge, na opinião da ANF, como uma boa resposta à crise.

O presidente da ANF João Cordeiro, diz que esta iniciativa não é de todo uma guerra de poder entre médicos e farmacêuticos. Nem uma disputa económica entre indústria e farmácias. A ANF defende é que seja dado ao doente o direito de escolher o medicamento mais barato dentro de determinado princípio activo, dosagem e forma farmacêutica prescritas pelo médico.

Segundo a ANF deverá ser o doente a escolher. Não podem ser nem os médicos nem os farmacêuticos.

Apesar da Ministra da Saúde ter informado que o SNS não comparticiparia medicamentos que fossem substituídos pelo genérico mais barato sem autorização do médico as Farmácias vão continuar a informar os doentes da possibilidade de optarem por medicamentos genéricos mais baratos. Os doentes não vão poder optar por fazer essa poupança. Vão apenas ser informados da possibilidade da mesma.

No recibo emitido pela Farmácia será impresso o valor da diferença de preço entre o medicamento de marca prescrito e o medicamento genérico mais barato.

A ANF refuta que o aumento da despesa do SNS seja da responsabilidade das farmácias. As farmácias só disponibilizam aos doentes aquilo que os médicos prescrevem.

A ANF lançou algumas campanhas publicitárias, como a que apresentamos em baixo.

Imagem 4: Campanha Publicitária lançada pela ANF



Fonte: <http://www.google.com/imagens/anf>, consultado em 15 de Março de 2011

Como podemos verificar a quantidade de argumentos apresentados pela OM é bastante superior àquela apresentada pela ANF e daí o número de páginas dedicado a cada uma delas.

Sumariamente os argumentos da OM são: qualidade da medicina afectada, doentes prejudicados, perigo para a saúde pública, Estado sem benefício monetário ou outro, indústria farmacêutica condenada ao desemprego, bioequivalência diferente entre genéricos.

Por seu lado, os argumentos que a ANF apresenta são: os genéricos irão beneficiar a redução de custos no SNS e para os doentes, será feito um controlo maior sobre a qualidade da prescrição.

## **Conclusões**

Tal como vimos com Abbott, a identidade profissional de cada grupo funda-se geralmente numa determinada competência técnica, embora as fronteiras dessa jurisdição sejam revistas e discutidas ao longo do tempo.

Médicos e farmacêuticos têm tido até agora competências distintas, apesar de complementares: o médico observa o doente, faz o diagnóstico, prescreve a terapêutica adequada à cura e o farmacêutico prepara, se for caso disso, e disponibiliza os medicamentos ao doente.

Contudo, ultimamente temos assistido à tentativa por parte dos farmacêuticos de interferir de certa forma, numa decisão que até então pertencia exclusivamente aos médicos. Esta luta pela jurisdição começa como vimos, aquando do aparecimento dos genéricos em Portugal e mais concretamente associada à prescrição por DCI. Identifica-se aqui, nesta nova forma de prescrição por Denominação Comum Internacional, uma mudança de sentido legal, que como vimos anteriormente na análise dos artigos de imprensa ainda não está aprovada e portanto ainda não é obrigatória.

Abbott considerou que as profissões se desenvolveram tendo em conta a evolução das relações interprofissionais, ou seja, os seus processos de competição, conflitos e cooperação com outros grupos profissionais, quer no local de trabalho, num espaço informal, quer num espaço formal, opinião pública (onde as profissões constroem imagens capazes de pressionar o ordenamento legislativo) e legal (que confere controlo formal ao trabalho) (Abbott, 1988: 59,60), devido ao conteúdo da sua actividade profissional e devido à forma como os grupos controlam os seus conhecimentos.

No mundo das profissões, campos de determinado domínio ocupacional de uma profissão frequentemente são disputados por outros, a que Abbott chama de competidores (é o exemplo da luta entre médicos e farmacêuticos sobre a prescrição de medicamentos de que estamos a tratar). As profissões reajustam-se, enquanto novos espaços surgem e permanecem desocupados, até que se estructurem sob novas jurisdições.

O conceito de “jurisdição” (significa a relação que existe entre uma determinada profissão e o seu trabalho) é fundamental na teoria de Abbott e diz respeito ao direito à exclusividade da prática profissional por um determinado grupo profissional.

As profissões lutam entre si pela manutenção da exclusividade dos seus espaços de actuação, como também disputam novos espaços.

O conhecimento teórico fundamenta o fazer profissional enquanto a formação académica legitima o trabalho profissional.

Centremo-nos, em primeiro lugar, tal como o fez Abbott, na análise da natureza do trabalho dos profissionais. É um nível de observação fundamental para se perceber as práticas dos profissionais, os modos como são mobilizados os conhecimentos produzidos nos espaços académicos e as relações de conflito com outras profissões a propósito do controlo das respectivas jurisdições.

Como vimos anteriormente, Harding & Taylor (2001) consideram a farmácia como uma profissão incompleta, que apresenta um processo de desprofissionalização como consequência das mudanças ocorridas nas suas actividades principais ou mesmo na redução da sua autonomia profissional. Eles também apresentam os factores que constituem problemas para a profissionalização da farmácia, como: a tendência da população em representar o medicamento como objecto de consumo, a mercantilização do sector como factor conflituante com o ideal de prestação de serviços profissionais; a burocratização, a diminuição dos espaços de exclusividade e a incorporação de novas tecnologias (como a automação), associados à perda de controlo sobre a cadeia do medicamento contribuem para a redução da visibilidade e a autonomia profissional.

Considerada portanto, a sua relação com o desenvolvimento do capitalismo, o cenário em que se operou a legitimação social da farmácia no último século configurou-se adverso para esta profissão. Instituído o processo industrial na produção de medicamentos, com o surgimento e expansão da indústria farmacêutica marcada nas últimas décadas pela oligopolização do sector, a actividade farmacêutica, historicamente centrada na elaboração e dispensação do medicamento, foi radicalmente transformada.

Consideradas as clássicas actividades do farmacêutico, sob a perspectiva dos elementos propostos por Freidson (1988,1996) para caracterizar o profissionalismo, a farmácia perde poder e prestígio social, porque aos olhos da sociedade, o carácter discricionário dessas actividades, praticamente, não existe mais. A complexidade das actividades de produção é agora compartilhada com outros profissionais, algumas operações inclusive são realizadas por trabalhadores menos qualificados, graças à automação dos processos. Veja-se, por exemplo, a actividade de dispensação de medicamentos: este é um acto que não necessita de *conhecimentos e habilidades*

*discricionários*, já que se constitui tão-somente no acto de fornecimento ao consumidor de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e afins, a título remunerado ou não. A percepção do senso comum é a de que qualquer um pode fazer aquilo que o farmacêutico faz na farmácia.

As profissões ligadas à saúde evoluíram, ao longo do tempo, com uma conceitualização razoavelmente bem conhecida do que significa a prática das suas responsabilidades. Assim, por exemplo, quase todos os médicos conhecem tacitamente a sua função e as suas responsabilidades e as regras que definem a prática médica. Os farmacêuticos não atingiram este conhecimento tácito. Isto pode ajudar a explicar por que o Estado e a sociedade têm dificuldade em reconhecer o farmacêutico como um profissional de saúde e por que este, geralmente, não fazer parte de equipas de saúde que têm a sua prática centrada no paciente.

A farmácia, como profissão, acabou por criar a sua própria série de regras. Os membros desta profissão isolaram-se, consciente ou inconscientemente, do resto do sistema de saúde sob o argumento de serem diferentes.

Os médicos, por seu lado, são das profissões mais respeitadas e acreditadas quer pela opinião pública quer pelo Estado, o seu conhecimento académico legitima o seu trabalho profissional.

Assiste-se assim, em Portugal, a uma “guerra aberta” entre a ANF, principal representante das farmácias portuguesas e os médicos, pela jurisdição da prescrição de medicamentos.

A prescrição é um acto médico. É dever do farmacêutico a distribuição ao doente de um medicamento em cumprimento com a prescrição médica, segundo a própria OF. Então se assim é, porque assistimos a esta competição interprofissional?

A ANF, principal representante das farmácias junto do Estado e da opinião pública, há muito que luta por trazer para o seu lado a partilha no que diz respeito à prescrição de medicamentos. Mais ou menos a partir de 2007, assiste-se à troca de argumentos com o Estado, nomeadamente pelo facto de este nada fazer, segundo a ANF, para reduzir a despesa do Serviço Nacional de Saúde. A ANF tentou influenciar a opinião pública contra o Estado, para que esta o influenciasse no sentido de avançar com a prescrição obrigatória por DCI, pelas receitas electrónicas ou pela dispensa de medicamentos em unidose, sob pena de os doentes continuarem a pagar mais pelos medicamentos, em benefício da indústria farmacêutica.

Já este ano, na sessão de abertura do 10º Congresso Nacional das Farmácias, na voz do seu presidente João Cordeiro, a ANF acusa o Estado de estar a arruinar o país porque “gasta muito e gasta mal”. A DCI, segundo a sua opinião, dinamiza o mercado de medicamentos genéricos, promove a utilização racional dos medicamentos, melhora a concorrência em todo o circuito do medicamento e faz reduzir os preços.

Na sessão de encerramento do mesmo Congresso, pede aos seus colegas farmacêuticos que lutem pela atribuição do poder aos doentes, já que considera inadmissível que na situação actual, de elevado desemprego, de crescimento da pobreza, de dificuldades cada vez maiores da população, continuemos a retirar aos doentes o poder de tomarem decisões sobre a sua própria saúde, como é a decisão de adquirirem medicamentos iguais e mais baratos.

João Cordeiro considera que os detractores do direito de escolha dos doentes costumam dizer, para manipular a classe política, que isso significa transferir o poder para as farmácias.

Contudo, os argumentos da ANF voltam-se, a partir de certo momento, também para classe médica, que diz favorece os laboratórios farmacêuticos e sobre a qualidade da sua prescrição que considera duvidosa, já que considera que esta é influenciada directamente pela indústria farmacêutica.

Deparamo-nos aqui com alguns dos pressupostos apresentados por Andrew Abbott. O pressuposto da jurisdição e o da dinâmica, ou seja, deparamo-nos com a existência de disputas, de conflitos de competição em áreas jurisdicionais.

Se por um lado se fala em informar o doente da existência de um medicamento mais barato do que o de marca, por outro não se fala em “marcas” de genéricos. Como referenciamos no ponto 6.3, a existência de inúmeras marcas do mesmo grupo homogéneo poderão “transferir” o poder de decisão para as farmácias, já que neste contexto, os laboratórios farmacêuticos transferirão o seu esforço promocional para as farmácias. A prescrição por DCI, implica a prescrição única e exclusivamente por princípio activo.

A classe médica por seu lado, representada pela OM não aceita o princípio de substituição dos genéricos por um medicamento “essencialmente similar”, discutível conceito farmacológico que corresponde ao reconhecimento explícito de que os genéricos não são todos iguais nem têm efeitos iguais, ao contrário da mensagem deliberadamente errada que se passou para a opinião pública; não pode ser exigida qualquer justificação técnica nas receitas para evitar a troca de marcas na farmácia, na medida em que a proibição da troca está automaticamente justificada pelo facto de existirem marcas de genéricos que não são bioequivalentes entre si.

Obrigar o médico a escrever em todas as receitas que proíbe a troca para ter a “garantia de biodisponibilidade e bioequivalência”, um argumento técnico “inatacável”, é para a OM uma absurda e prescindível perda de tempo, nomeadamente para os já sobrecarregados Centros de Saúde e Médicos de Família. Em Março deste ano, a Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral alertavam para as diferenças que existem entre genéricos, consoante a marca,

justificando com estas o seu desacordo à substituição de medicamentos nas farmácias, isto porque os genéricos têm uma dose de medicamento que é mais variável do que o medicamento original, de marca.

Rui Nogueira, em conferência de imprensa à Agência Lusa, afirmou que a Associação aceita a substituição de um medicamento de marca por um genérico, mas que o doente umas vezes tome um genérico que tem um bocadinho menos e outras um que tem um bocadinho mais, quando as farmácias não têm disponível o genérico do laboratório X que o doente habitualmente toma.

Segundo, Rui Nogueira, vice-presidente da APMCG, *“há a possibilidade de a farmácia não ter que substituir por outros, ou ter vantagens em dar ao doente outro em detrimento daquele que o médico prescreveu. Isso não concordamos porque dá confusão para o doente, que acaba por estar a mudar de medicamento para medicamento”*<sup>14</sup>.

Se persistir a insistência na troca de marcas de genéricos nas farmácias e se essa troca apenas for evitável pela fundamentação técnica, a OM recomendará a todos os médicos que, caso assim o entendam, justifiquem a proibição com a expressão “garantia de biodisponibilidade e bioequivalência”. A troca de marcas nas farmácias prejudica o mercado de genéricos.

Para proteger os doentes de sucessivas e intoleráveis oscilações terapêuticas, os médicos podem ser obrigados a seleccionar medicamentos da mesma classe terapêutica mas mais recentes, sem genérico, o que agrava os custos da terapêutica medicamentosa para o Estado e para o doente. A prescrição de genéricos também é uma questão de confiança. Os dossiers de aprovação de medicamentos genéricos e os testes de controlo de qualidade que se efectuam aos medicamentos comercializados em Portugal deverão ser integralmente colocados à disposição de médicos, doentes e peritos da área do medicamento.

Concluimos neste caso, que há genérico consenso social ainda em torno do princípio de que a competência da prescrição pertence, exclusivamente, ao médico. É o médico que avalia a acção do medicamento na sua eficácia e nos seus efeitos colaterais bem como na resposta que provocou naquele doente particular e qual determinará ou a sua interrupção, ou a sua continuidade ou a sua substituição, sob pena da segurança dos doentes ser posta em causa, devido à duplicação de medicamentos pelo mesmo doente.

A OM acusa ainda o Estado de permitir a existência de muitos genéricos do mesmo grupo homogéneo, atentando contra a saúde pública.

Como vimos, na teoria de Abbott, a questão da jurisdição é fundamental. Assistimos em cima à “luta” pela partilha sobre a jurisdição da prescrição de medicamentos. Aliás para o autor, o conceito

---

<sup>14</sup> Retirado do artigo “APMG alerta deputados para diferenças entre genéricos”, publicado pela Agência Lusa, a 9 de Março de 2011.



de jurisdição, consubstanciando a ligação do profissional ao seu trabalho, reestabeleceria teoricamente a interdependência das várias profissões.

Cada profissão, estaria ligada por laços jurisdicionais a tarefas que concretizam uma resposta *expert* a um problema humano, tarefas essas que desde logo seriam culturalmente e historicamente determinadas. As disputas pela realização dessas tarefas, a consolidação de jurisdições (ligadas a determinada tarefa por um agrupamento profissional), o seu abandono por um grupo face a uma tarefa ou conjunto de tarefas mais atractivas ou à sua recuperação por outro, delineariam as dinâmicas fundamentais do sistema das profissões. A modificação da relevância quer cultural quer histórica de tais tarefas poderiam por seu turno conduzir ao desaparecimento ou à consolidação de novas jurisdições (Fonseca, 2007:60).

Ora o parágrafo anterior, parece construído de propósito para a explicação do nosso problema. O médico detém o conhecimento *expert* sobre patologias e que terapêutica usar para as tratar, o seu conhecimento académico legitima o seu trabalho profissional.

Segundo Abbott a disputa de jurisdições trava-se em três palcos centrais: o sistema legal, a opinião pública e o local de trabalho.

Em relação ao sistema legal, vemos que se coloca do lado dos médicos. O estatuto do medicamento é claro quanto a quem pode prescrever uma receita médica, este atribui a utilização exclusiva da receita médica à figura do profissional médico, não fazendo referência a nenhuma excepção.

Quanto à opinião pública, podemos dizer que é “manipulada”, por todos os actores desta problemática. A ANF tenta influenciá-la argumentando que o Estado está do lado da indústria farmacêutica e que não lhes interessa a poupança dos contribuintes, por outro lado lança a suspeição quanto à qualidade da prescrição médica dizendo que esta é manipulada a favor de interesses.

A opinião pública pressiona o Estado, no sentido de reduzir o preço dos medicamentos e de regulamentar as relações da classe médica com os laboratórios farmacêuticos.

Continuando a fazer uma análise da problemática baseada em Andrew Abbott, o autor diz que o reclamar de uma nova jurisdição para uma profissão é tão mais eficaz quanto mais e melhor organizada estiver a profissão. Ora, os médicos têm limites de actuação bastante bem definidos e são um grupo profissional bastante bem organizado quer em termos de carreira quer de representação profissional. Abbott dizia também que o facto de existir uma única associação

profissional, o caso da Ordem dos Médicos, leva a uma maior probabilidade de transmitir mensagens unívocas para a opinião pública e para as outras profissões (os farmacêuticos são representados pela OF, ANF e APF).

Neste caso, a OM pressiona a opinião pública dizendo que não são contra os genéricos ou a prescrição por DCI, são sim contra o facto de existirem várias marcas do mesmo grupo homogéneo, e do facto da escolha da marca do genérico junto da farmácia não ser sempre a mesma, poder trazer duplicação de medicamentos e prejuízos graves para a saúde dos doentes. Para além disso, são eles que conhecem a história clínica dos doentes e portanto os únicos a quem é conferida a exclusividade da prescrição.

Cabe-nos analisar ainda o papel do Estado, enquanto entidade reguladora e tutelar. Pressionado por todas as frentes é ele que durante todo este tempo tem posto ordem nestes conflitos. Não agradando a todos é certo, mas adiando ou até mesmo acabando com certas polémicas, como o caso da não comparticipação das receitas trocadas nas farmácias, por exemplo.

Se idealmente a harmonia e o equilíbrio existem, realizando cada uma das ocupações um conjunto particular de tarefas distintas e complementares na realidade, ocorrem inúmeros conflitos de disputa de áreas de actividade, sendo através da resolução de tais conflitos que se redefinem as relações entre as ocupações. O principal recurso na disputa jurisdicional, e a característica que melhor define uma profissão, é o conhecimento abstracto, a abstracção confere capacidade de sobrevivência, uma vez que só um sistema de conhecimento abstracto permite redefinir e dimensionar novos problemas e tarefas.

Esta competição jurisdicional entre médicos e farmacêuticos foi despoletada por alterações relevantes em sentido legal, organizacional e até mesmo cultural, pois com a entrada dos genéricos em Portugal, aparece um conceito novo de apresentação de medicamentos, de dispensação e de prescrição.

Os medicamentos genéricos são prescritos por princípio activo, por exemplo toda a gente conhece a marca Ben-u-Ron, mas nem toda a gente sabe que o princípio activo do Ben-u-Ron é o paracetamol. Com a obrigatoriedade da prescrição por DCI, as receitas deixarão de conter o nome comercial do medicamento e passarão a conter apenas e exclusivamente a sua DCI.

Actualmente, e porque a prescrição por DCI ainda não é obrigatória, assistimos à prescrição por DCI mais nome do Laboratório, por exemplo, paracetamol Générís, paracetamol Pharmakern, paracetamol Ratiopharm, etc..

O aumento “gigantesco” do número de Laboratórios com genéricos a operar em Portugal levou o aparecimento de inúmeros genéricos do mesmo grupo homogéneo e transferiu para as farmácias, caso o médico não assinala de forma claro que quer o genérico de determinado laboratório, o poder de decisão sobre que medicamento dar ao doente, contudo acontece que muitas vezes existem trocas entre marcas de genéricos e trocas de marcas para genéricos o que levou a toda esta polémica.

A indústria farmacêutica teve também de se ajustar a esta nova realidade e muitos foram os laboratórios com produtos de marca que devido ao aparecimento de inúmeros genéricos dos seus produtos tiveram também eles de adoptar o preço de referência, para não terem perdas ainda mais avultadas em termos de vendas.

Apesar da contínua expansão do mercado farmacêutico, a dinâmica subjacente continua-se a alterar. Segundo o IMS, em 2006, produtos em que as vendas excediam os 18 biliões perderam a patente em sete mercados chave – incluindo os Estados Unidos, que representa 14 biliões das suas vendas. Os genéricos irão assumir cada vez mais um papel central na restrição das despesas de saúde, com a elevada adesão a terapias de baixo custo, substituindo os produtos de marca em classes como os reguladores de lípidos, antidepressivos, inibidores de agregação plaquetária, antieméticos e agentes respiratórios (Carvalho, 2007:46).

De acordo com o IMS, um outro factor a influenciar o mercado é o forte aumento do papel dos pacientes ao cuidarem da sua saúde e procurarem bastante o acesso a terapias que vão melhorar ou prolongar a sua vida. Os pacientes surgem como agentes que pretendem gerir a sua saúde, entre outras formas através da poupança. Dado que eles são consumidores finais, ganham poder para aprovações regulatórias para influenciar o acesso às decisões do mercado e influenciar a prescrição. Assim sendo, de acordo com o IMS, as empresas de maior sucesso serão aquelas que têm o *focus* nos consumidores finais e pacientes, sem perderem a perspectiva de crucial do papel dos médicos (Carvalho, 2007:46).

De acordo com as previsões do IMS *Market Prognosis Mar 2007 Preview*, esperava-se que em 2010 surgissem 50 novos medicamentos, continuando a existir a pressão pelos preços baixos, e maior exposição aos genéricos. Entre os 20 maiores mercados farmacêuticos mundiais, prevê-se que a China ocupe o sétimo lugar, o Brasil o décimo, e que o México, a Índia, a Turquia, a Rússia, a Venezuela e a Polónia estejam presentes entre os primeiros vinte. Os mercados emergentes serão a oportunidade e o desafio de crescimento. Prevê-se ainda que o número de Novas Entidades Químicas (NEQs) tenha um ténue crescimento, com mais inovação nas áreas da oncologia e da biotecnologia do que nas áreas de cuidados primários. Entretanto existe uma perda

em grande escala de patentes, na ordem dos 100 biliões de dólares, o que torna a pressão em novos lançamentos cada vez mais forte (Carvalho, 2007:46-47).

Também Portugal e os nossos profissionais terão de se adaptar a estas novas exigências. As profissões ligadas à saúde têm vindo a evoluir ao longo do tempo, com uma conceitualização razoavelmente bem conhecida do que significa a prática das suas responsabilidades. Contudo, entre médicos e farmacêuticos existem algumas diferenças em relação ao conhecimento *tacto* das suas funções. Enquanto os médicos conhecem tacitamente a sua função, as suas responsabilidades e as regras que definem a prática médica, com os farmacêuticos isso não acontece.

Tudo isto leva a que o Estado e a Sociedade tenham dificuldade em reconhecer o farmacêutico como um profissional de saúde e por que este, geralmente, não faz parte de equipas de saúde que têm a sua prática centrada no paciente.

Para além disso, em termos de conhecimentos académicos, que para Abbott legitimam a jurisdição de uma profissão, os farmacêuticos não são preparados para identificar patologias ou sabê-las tratar. Isso faz parte da formação dos médicos. Portanto perante um doente, com determinada patologia, o farmacêutico não tem competência académica para a execução de um diagnóstico e respectivo tratamento. Os seus conhecimentos baseiam-se nos medicamentos e nas suas formulações químicas.

Nem a sociedade, nem o Estado reconhecem ao farmacêutico conhecimento académico suficiente para que estes partilhem com os médicos a prescrição de medicamentos (pelo menos dos medicamentos que são sujeitos a receita médica obrigatória). Senão estes também teriam de ter legitimidade para dar consultas.

Validamos assim ao longo destas conclusões as três hipóteses colocadas inicialmente: a competição jurisdicional entre médicos e farmacêuticos foi de facto despoletada pelo aparecimento do mercado dos genéricos e respectiva prescrição por DCI; não ocorreram mudanças significativas em termos de conteúdo na actividade de médicos e farmacêuticos. O campo de actuação dos médicos é bem definido e claro com conhecimento *tácito* das suas funções, ao contrário dos farmacêuticos, talvez por isso exista esta vontade pela “anexação” de uma parte do campo de actuação exclusiva dos médicos, ou seja, gerando um conflito a propósito do controlo da respectiva jurisdição; depois a sociedade, e o Estado, não reconhecem aos farmacêuticos conhecimentos académicos suficientes para que haja uma partilha desta jurisdição.

Ora, o que assistimos neste momento nesta luta pela jurisdição, ou pela sua partilha, da prescrição de medicamentos, é a uma disputa por uma área de actividade. Este é um conflito que, parece-

nos, ainda demorará até estar resolvido. Apesar de legalmente, a prescrição ser exclusivamente médica, a escolha do medicamento surge agora como uma opção sua, do doente e do farmacêutico.

## BIBLIOGRAFIA

- ABBOTT, Andrew, *The system of professions: an essay on the division of expert labour*, The University of Chicago Press, Chicago, 1988;
- ALVES, N., CANÁRIO, R., *Educação, Trabalho e Identidades Profissionais*, Sísifo, Revista de Ciências da Educação, nº8, Mai-Ago., 2008;
- CAPLOW, Theodore and RAYMOND, John J., “*Factors Influencing The Selection of Pharmaceutical Products*” (1953), *Journal of Marketing*, 18-23;
- CARMO, Hermano, FERREIRA, Manuela M., *Metodologia da Investigação – guia para a auto-aprendizagem*, Universidade Aberta, Lisboa, 1998;
- Estatuto do Medicamento (2006), “Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de Agosto”;
- CARVALHO, Lídia M. M. T., *Inovação e I & D na Indústria Farmacêutica Portuguesa: caso Bial*; Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Ciências Empresariais, FEUP, Porto, 2007;
- CIPOLLE, R.J.; STRAND, L.M. & MORLEY, P.C. *El ejercicio de La Atención Farmacêutica*, McGraw-Hill/Interamericana, Madrid, 2000;
- DIAS, José Pedro S., <http://www.ordemfarmacêuticos.com/> a profissão farmacêutica/ história, consultado a 28 de Dezembro de 2010;
- DIAS, José Pedro S., *A Farmácia e a História: uma introdução à História da farmácia, da farmacologia à terapêutica*, FFUL, Lisboa, 2005;
- FERRAZ, Amélia, *A História da Medicina Portuguesa até ao séc. XVII*, FMUP, Maio 2005;
- FONSECA, Maria de Lurdes, *Profissionalização do Exército e Envolvimento Político dos Militares durante a I República Portuguesa*, ISCSP (UTL), 2007;
- FREIDSON, E., *Professional Powers*, The University of Chicago Press, Chicago, 1986;
- FREIDSON, E. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago, The University of Chicago Press, 1988;
- FREIDSON, E., *Para uma Análise Comparada das Profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais*, *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 31, 1996;
- FREIDSON, E., *Professionalism, the third logic*. Chicago, The University of Chicago Press, 2001;
- FREIRE, João, *Variações Sobre o Tema do Trabalho*, Edições Afrontamento, Porto, 1997;
- FRÍAS, Dolores M., *Marketing Farmacêutico*, Ediciones Pirâmide, 2000.
- GIDDENS, Anthony, *Sociologia*, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 5ª edição, 2007;
- GONÇALVES, Carlos M., *Análise Sociológica das profissões: principais eixos de desenvolvimento*, Porto, Março 2007, [www.ler.letras.up.pt](http://www.ler.letras.up.pt), consultado a 2 Abril 2011;
- GONÇALVES, Carlos Manuel, *Emergência e Consolidação dos Economistas em Portugal*, Dissertação de Doutoramento apresentada na FLUP (texto policopiado), 1998, Porto,
- GONÇALVES, Carlos Manuel (2006), *Emergência e Consolidação dos Economistas*, Edições Afrontamento, 2006, Porto;

- GOMES, Sandra, *A construção da profissionalização dos arquitectos em Portugal: um estudo sociológico*, Dissertação para a obtenção do grau de Mestre, 2000, ISCTE;
- ILLICH, I., *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*, 2ª. ed., Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975;
- LARSON, Magali, *The Rise of Professionalism: a sociological analysis*, Berkely, University of California, 1977;
- LEMOES, Maximiano, *História da Medicina em Portugal: Doutrinas e Instituições*, Publicações D. Quixote, 1991;
- MAQUIAVELLI, Niccolò *O Príncipe*, Guimarães Editores, Lisboa, 5ª edição, 1994;
- MAYER, M., MULLER, I., *Network Healthcare: a practical guide to understanding influence networks and health-care industry*, Journal of Medical Marketing, 2006, vol.6;
- MERTON, Robert K.; READER, George; KENDALL, Patricia L., *The student-physician: introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge (Mass.): Harvard University Press, 1957;
- MOSS, G., SCHUILLING, I., *A Brand Logic for Pharma? A possible strategy based on FMCG experience*, International Journal of Medical Marketing, 2004, vol.4;
- NUNES, Everardo Duarte, *Sobre a sociologia da saúde*, São Paulo, Hucitec, 1999, em <http://www.scielo.com>, consultado a 1 de Abril 2011;
- NUNES, Everardo D., *Merton e a sociologia médica*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.159-172, Jan.-Mar. 2007, em <http://www.scielo.com>, consultado a 1 de Abril 2011;
- PARSONS, T., *The Social System*, Routledge (TAYLOR & FRANCIS Group), 1991;
- QUEIROZ, M.S., *Perspectivas teóricas sobre medicina e profissão médica: uma proposta de enfoque antropológico*, Revista de Saúde Pública, 1991;
- QUIVY, R., CAMPENHOUDT, L. V., *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Gradiva, Lisboa, 1992;
- Revista Janus 2008, *O que está a mudar no mundo do Trabalho*, PÚBLICO e UAL, Lisboa, Janeiro 2008;
- Revista Ordem dos Médicos, ano 27, nº 117, Março, 2011;
- ROCHA, Maria Cristina, *Da botica à universidade – continuidades e mudanças na construção da profissão farmacêutica em Portugal*, Porto, 2004, Livpsic;
- RODRIGUES, Maria de Lurdes, *Sociologia das Profissões*, Celta, Oeiras, 1997;
- SAMPIERI, R, COLLADO, Lúcio, *Metodologia de Pesquisa*, McGraw – Hill, São Paulo, 2006;
- Sísifo, Revista de Ciências da Educação, nº6 Mai./Ago. 08;
- SILVA, Alexandre J.M. Ferreira, *Os atributos determinantes do acto médico de prescrição*, Dissertação para a obtenção do grau de mestre em Marketing, ISCTE, 2008;
- SILVA, W.B., DELIZOICOV. D., *Profissionalismo e desenvolvimento profissional: lições da sociologia das profissões para entender o processo de legitimação social da farmácia*, Revista

Brasileira de Farmácia, 2009;

VILELA, E., MENDES, I., *Interdisciplinaridade e Saúde: estudo bibliográfico*. Revista Latino-Americana de Enfermagem; Julho/Agosto 2003, disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>, consultado a 14 de Abril 2011;

Associação Nacional de Farmácias - [www.anf.pt](http://www.anf.pt)

Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde - [www.INFARMED.pt](http://www.INFARMED.pt)

Associação Portuguesa para o Controlo de Tiragem e Circulação – [www.apct.pt](http://www.apct.pt)

Diário de Notícias – [www.dn.pt](http://www.dn.pt)

Expresso - [www.expresso.pt](http://www.expresso.pt)

IMS Health – [www.imshealth.com](http://www.imshealth.com)

Jornal de Notícias - [www.jn.pt](http://www.jn.pt)

Jornal Sol – [www.sol.sapo.pt](http://www.sol.sapo.pt)

Journal of Marketing – [www.marketingpower.com](http://www.marketingpower.com)

Ordem dos Médicos - [www.ordemdosmedicos.pt](http://www.ordemdosmedicos.pt)

Ordem dos Farmacêuticos - [www.ordemfarmaceuticos.pt](http://www.ordemfarmaceuticos.pt)

Portal da Saúde - [www.portaldasaude.pt](http://www.portaldasaude.pt)

Público – [www.publico.pt](http://www.publico.pt)

[www.scielo.com](http://www.scielo.com)



